

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

PROPUESTA INTEGRADORA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA ADULTOS CON OBESIDAD

Presentado por: CLAUDIA VELASCO HERNÁNDEZ

Tutor/a académico/a: VIRGINIA MARTÍN ROMERA

Alcalá de Henares, Marzo de 2021

ÍNDICE

1.RESUMEN.....	1
2.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	2
3.OBJETIVOS	3
3.1 General	3
3.2 Específicos.....	3
4.MARCO TEÓRICO.....	4
4.1 Obesidad	4
4.1.1 Prevalencia.....	6
4.1.2 Comorbilidades.....	8
4.1.3 Factores de riesgo y de protección	10
4.2 La obesidad desde una perspectiva psicológica	14
4.3 Investigaciones sobre el tratamiento psicológico de la obesidad	15
4.4 Pautas para la intervención en obesidad	18
5.METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	19
5.1 Fuentes de información empleadas	19
5.2 Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores	19
6.PROPOSTA DE INTERVENCIÓN.....	22
6.1 Objetivos y actividades.....	22
6.2 Temporalización	33
6.3 Participantes	34
6.4 Instrumentos	34
6.5 Materiales	37

7.CONCLUSIONES.....	38
8.LIMITACIONES.....	41
9.FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	41
10.BIBLIOGRAFÍA.....	42
11.ANEXOS	54

1.RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica que provoca muchos riesgos para la salud de las personas. En los últimos años se ha producido un aumento significativo de las tasas de prevalencia. Durante mucho tiempo su tratamiento ha sido obsoleto o basado en aspectos nutricionales. La introducción de la psicología en su abordaje ha demostrado cambios en el estilo de vida a largo plazo. Tradicionalmente el uso de técnicas conductuales y cognitivo-conductuales han mostrado su efectividad, pero en los últimos años el auge de las terapias contextuales ha ofrecido mejores resultados.

Como objetivo de este trabajo fin de máster se ha llevado a cabo una propuesta integradora de intervención para adultos con obesidad con edades comprendidas entre 25-64 años. Está formada por 19 sesiones de 60 minutos cada sesión, se llevarán a cabo de forma semanal y quincenal al final. Se persigue mejorar el estilo de vida y prevenir el aumento de peso en el futuro

Palabras clave: obesidad, adultos, terapia, estilo de vida y psicología

Abstract

Obesity is a chronic disease that causes many risks to people's health. In recent years there has been a significant increase in prevalence rates. For many times its treatment has been obsolete or based on nutritional aspects. The introduction of psychology into its approach has shown long-term lifestyle changes. Traditionally, the use of behavioral and cognitive-behavioral techniques have shown their effectiveness, but in recent years the rise of contextual therapies has offered better results.

As an objective of this master's thesis, an integrative intervention proposal has been carried out for adults with obesity aged between 25-64 years. This consists of 19 sessions of 60 minutes each session, they will be carried out weekly and biweekly at the end. It aims is to improve the lifestyle and prevent weight gain in the future

Keys words: obesity, adults, therapy, lifestyle y psychology

2.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera el aumento de las tasas de obesidad en el mundo como la “Epidemia” del siglo XXI (OMS, 2020). Hasta mediados del siglo XX los profesionales de la salud no valoraron el tratamiento de este problema siendo considerado en diferentes momentos históricos como sinónimo de vida, riqueza, lujo y dicha. En un principio, los psicólogos se centraron en tratar únicamente las variables psicológicas asociadas a la obesidad (autoestima, insatisfacción corporal...) quedándose obsoletos. Pero tras llegada de las terapias conductuales, cognitivas y cognitivo-conductuales se planteó abordar la obesidad en su totalidad, es decir, contemplando aspectos emocionales, cognitivos y conductuales, dando lugar así al surgimiento de la terapia psicológica de la obesidad (Baile et al., 2020).

En muchas ocasiones las personas pretenden perder peso sometiéndose a dietas hipocalóricas encontrándose con el inconveniente de la ganancia del peso perdido una y otra vez. En estas situaciones se obvia el aspecto homeostático del peso y los factores psicológicos y físicos que pueden actuar en contra de su propósito (Amigo y Fernández., 2013). Hoy en día en el abordaje de la obesidad están muy presentes la nutrición y la endocrinología, se pretende que la simple información nutricional sirva para modificar los hábitos inadecuados. Pasando por alto la psicológica, disciplina que posee las herramientas necesarias para la modificación y adquisición de conductas adecuadas (Baile., 2019).

Tras el consenso de los profesionales de la salud, se han establecido criterios para decidir que tipo de intervención es más adecuada en cada situación.

Considerando el uso de la intervención psicológica de modificación de hábitos como recurso indispensable independientemente del valor IMC de la persona. A diferencia de los tratamientos farmacológicos o cirugía bariátrica que se indican en situaciones graves (con trastornos asociados) o casos de obesidad extrema (Mitchell y Cook.,

2005). Todo ello dentro de un planteamiento combinado, multidisciplinar y ajustado a la idiosincrasia del paciente (Baile et al., 2020).

Baile (2019) considera que se obtendrán mejores resultados en el tratamiento de esta problemática cuando se dejen de cometer dos errores principales. El primero, no considerar la obesidad como un problema crónico. Y el segundo, no dar el papel adecuado a la disciplina de la psicología en su abordaje.

A continuación, se presentará una Propuesta Integradora de Intervención Psicológica para el tratamiento de la obesidad en adultos. Se combina el uso de terapias conductuales y terapias contextuales con el fin de poder adquirir mejores resultados. Siguiendo las directrices marcadas por el Instituto Nacional de la Excelencia para la salud y la Atención del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence, 2014), se recomienda intervenir con el objetivo del cambio del estilo del vida a largo plazo y la prevención del aumento de peso en el futuro. La propuesta está diseñada para adultos con edades comprendidas entre 25 y 64 años debido al aumento de la prevalencia de sobrepeso (39,3%) y de obesidad (21,6%) en España en esta franja de edad (Aranceta-Bartrina.,2016).

3.OBJETIVOS

3.1 General

Diseñar una propuesta de intervención integradora desde el ámbito de la psicología general sanitaria para adultos con obesidad con el objetivo de mejorar el estilo de vida a largo plazo y la prevención del aumento de peso en el futuro.

3.2 Específicos

- Analizar información (prevalencia, comorbilidades, factores de riesgo, protección...) sobre la obesidad y sus aspectos psicológicos.

- Revisar los tratamientos psicológicos aplicados a personas con obesidad a lo largo de los 10 últimos años.
- Elaborar una propuesta de intervención integradora basada en las evidencias científicas validadas y efectivas para el abordaje de los adultos con edades comprendidas entre 25-65 años con obesidad.

4.MARCO TEÓRICO

4.1 Obesidad

La Organización mundial de la salud considera el sobrepeso y la obesidad como un almacenamiento anómalo y en exceso de grasa que puede perjudicar la salud de las personas (OMS,2020). La Federación Mundial de Obesidad (*World Obesity Federation*) la define como “una enfermedad crónica, recurrente y progresiva” (Bray et al., 2017).

En su desarrollo están implicados y relacionados diversos factores: alimenticios, trastornos del comportamiento alimentario, sedentarismo, factores psicológicos, genéticos y ambientales (Ciangura et al., 2017). Las mujeres se ven más afectadas por este problema ya que tienen más riesgo de sufrir un aumento de peso favorecido por razones hormonales y genéticas, embarazos y el incremento de peso en la menopausia (Pizzi y Fung., 2015).

Ha existido a lo largo de la historia un debate sobre la consideración de la obesidad como una enfermedad. El reconocimiento como enfermedad crónica ha sido debido a la investigación relacionada con la fisiología, fisiopatología y funciones que desempeñan el exceso de peso y grasa, ya que anteriormente se consideraba un simple déficit de autocontrol o falta de voluntad (Purnell., 2018). En principio se abordó como condición médica o factor de riesgo para otras enfermedades, pero finalmente se estableció como enfermedad ya que se considera una disfunción fisiológica del

organismo con síntomas y signos claros y en respuesta a estímulos ambientales (Conway y Rene et al., 2004; Purnell., 2018).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) se incluye dentro de las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas en el apartado de obesidad y otros trastornos de la hiperalimentación (OMS, 2010).

Es importante resaltar que a pesar de la importancia de aspectos psicológicos en el origen y mantenimiento (Baile et al., 2020) la obesidad no se considera un Trastorno de la Conducta Alimentaria en la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2013).

El criterio más utilizado para clasificar la obesidad es el índice de masa corporal (IMC) que relaciona el peso (en kg) y la altura al cuadrado (metros), ya que es considerado como el valor que mejor correlaciona con la cantidad de grasa total del organismo en adultos (Moreno Esteban et al., 2000; Hruby y Hu., 2015). Se ha llegado a un acuerdo entre los profesionales considerando sobrepeso cuando índice de Quetelet se encuentra entre 24,9 y 29,9 y si es igual o superior a 30 (Hruby y Hu., 2015; Rubio et al., 2007). A continuación, en la tabla 1 se muestran los índices de IMC y el grado de obesidad correspondiente a cada uno:

Tabla 1

Grado de obesidad según la Sociedad Española para el Estudio de la obesidad y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud

Normalidad	IMC= 20-25 kg/m ²
Obesidad grado I (sobrepeso)	IMC= 27-29,9 kg/m ²
Obesidad grado II	IMC= 30-34,9 kg/m ²
Obesidad grado III	IMC= 35-39,9 kg/m ²
Obesidad grado IV (mórbida)	IMC= ≥ 40

Nota. Moreno Esteban et al., (2000).

A pesar de ser una buena medida presenta la dificultad de sobreestimar la cantidad de grasa en personas deportistas muy musculadas o infravalorarlo en personas de la 3ª edad (Fernández-Real et al., 2001 y Deurenberg et al., 1998 citado por Arrizabalaga et al., 2003). Tanto en los entornos clínicos como de investigación, se ha producido un aumento del uso de la circunferencia de la cintura (medida de la adiposidad abdominal) como medida discriminatoria del peso/ obesidad (Hu., 2007 como se cita en Hruby y Hu., 2015).

4.1.1 Prevalencia

Desde el año 1975 la obesidad se ha multiplicado por tres casi en todo el mundo. En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 años en adelante tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones padecían obesidad. En general en este año, un 13% de la población adulta mundial (11% hombres y 15% mujeres) (OMS,2020).

Si las cifras siguen a la alza se prevé que en 2030 el 38% (2,16 mil millones de personas) de la población mundial tenga sobrepeso y el 20% (600 millones) presente obesidad (Ataey et al., 2020; Hruby y Hu., 2015).

Se ha producido un aumento de las tasas en todas las edades y en ambos sexos, independientemente de la localidad geográfica, la etnia o el nivel socioeconómico, aunque la prevalencia generalmente es mayor en las personas mayores y las mujeres (Chooi et al., 2017; Purnell., 2018).

Un grupo de autores ha desarrollado un modelo conceptual dividido en etapas llamado “La Transición de la Obesidad” tomando como referencia los 30 países más poblados del mundo (representando el 77,5% de la población total). La etapa 1 corresponde a países del sur de Asia y África subsahariana caracterizada por una mayor prevalencia de obesidad en mujeres que en hombres, en niveles socioeconómicos más altos que en los bajos y en adultos más que en niños. En la etapa 2 ha habido un gran aumento de la prevalencia entre los adultos, un menor

aumento entre los niños y una reducción de la brecha entre sexos y las diferencias socioeconómicas entre las mujeres (países de América Latina, Oriente Medio y Asia oriental). En la etapa 3 la prevalencia de obesidad entre los niveles socioeconómicos bajos supera a los altos y se pueden observar mesetas en la prevalencia en mujeres con nivel económico alto y en los niños (la mayoría de los países europeos se encuentran en esta etapa). Y la etapa 4 se caracterizaría por un descenso de la obesidad, pero no existe evidencia de países con estas particularidades (Jaacks et al., 2019; Doak y Popkin., 2017).

En el informe “The Heavy burden of obesity” (OCDE,2019) se realiza un ranking con los datos de sobrepeso y obesidad de 52 países, teniendo en cuenta a los mayores de 15 años; España ocupa la 18ª posición (prevalencia 61,6%) a nivel mundial y considerando a los países de la Unión Europea se sitúa en la 7ª posición.

Según el ranking nuestro país se sitúa en la posición 43ª de países con insuficiente actividad física, por lo que es de los países más activos. Con respecto a la dieta, solo algo más del 50% tiene una dieta saludable según lo recomendado por las guías nacionales y menos del 50% toma 5 piezas de fruta y verdura al día siendo las mujeres las que más lo siguen. Junto con Luxemburgo, Bélgica y Francia nuestro país presenta cifras elevadas de obesidad en mujeres teniendo en cuenta la desigualdad en el nivel de ingresos (OCDE,2019).

La influencia de factores socioeconómicos afecta de manera diferente teniendo en cuenta el sexo. Las mujeres pueden ser más resistentes que los hombres a la hambruna y son más susceptibles a la obesidad. Por lo que las mujeres pueden ser más sensibles que los hombres a la prevalencia contemporánea de la obesidad (Ataey et al., 2020).

Según la Encuesta Nacional de Salud en España (MSCBS) en el año 2017 encontramos que más hombres que mujeres presentan exceso de peso (46,8% mujeres y 62,5% hombres), sobrepeso (30,1% mujeres y 44,3% hombres) y obesidad

(16,7% mujeres y 18,2% hombres). Este informe también indica que el IMC se encuentra en 54,5% de exceso de peso siendo 37,07% sobrepeso y 17,43% obesidad.

Territorialmente hablando, en Ceuta encontramos las mayores tasas de obesidad y las más bajas en Navarra. Andalucía y Extremadura se encuentran en riesgo. Otras variables sociodemográficas asociadas con la obesidad en España son el estado civil casado, edad entre 65-74 años y trabajos no cualificados (Marqueta de Salas et al., 2016).

4.1.2 Comorbilidades

La comorbilidad física en la obesidad se encuentra bien establecida (Must et al., 1999; Kearns et al., 2014), pero la relación con la salud mental ha sido menos estudiada (Rajan y Menon., 2017). Las personas con obesidad presentan mayor riesgo de padecer diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, asma, osteoartritis, determinados tipos de cáncer y peor calidad de vida en comparación con las personas con normopeso (Acosta-Andrade et al., 2018; Ataey et al., 2020; Chooi et al., 2017; Jiang et al., 2016; Hruby y Hu., 2015).

El vínculo entre el exceso de peso y el bienestar psicológico es complejo. Se establece una relación bidireccional: vivir con obesidad deteriora la calidad de vida y aumenta el riesgo de problemas psicológicos y, por el contrario, los pacientes con problemas psicológicos pueden ganar peso como efecto secundario de la medicación y/o porque utilizan la comida como estrategia de afrontamiento (Vallis., 2016).

Diversos autores han encontrado relación entre la obesidad y trastornos mentales como la depresión, el trastorno por atracón, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y el consumo de algunos medicamentos psicotrópicos (Tamayo Lopera y Restrepo, 2014; Hruby y Hu., 2015).

La evidencia más voluminosa y sólida es para la depresión (Quintero et al., 2016; Purnell., 2018; Rajan y Menon., 2017; Wyatt et al., 2006). Numerosos estudios asocian la obesidad y la depresión en un 37% (Kim et al., 2010; Zhong et al., 2010).

Cuando se producen eventos críticos, las personas pueden comenzar a comer sin darse cuenta favoreciendo así un hábito difícil de cambiar a lo largo del tiempo (American Psychological Association, 2020).

Los trastornos de ansiedad también presentan comorbilidad con la obesidad, pero en menor medida que la depresión (Ejike., 2013; Guedes et al., 2013). Existe una sólida asociación entre la obesidad y el aumento de afectos negativos. Es frecuente que se produzcan emociones como angustia, ira, disgusto, miedo y vergüenza (Pasco et al., 2013). Desafortunadamente el estigma está muy presente en la vida de personas con obesidad, una revisión encontró que cuanto mayor es el estigma más alteraciones se producen en la alimentación, aumentan los síntomas depresivos, la ansiedad, la insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima es menor (Wu Y.K y Berry. D. C, 2018; Puhl et al., 2013). La estigmatización se produce de igual manera en ambos sexos, pero las mujeres ven afectada su calidad de vida y su bienestar. A diferencia de los hombres que indican problemas asociados al ámbito laboral (como se cita en Gómez-Pérez et al., 2017; Lopera y Restrepo., 2014). Diversos estudios han mostrado que se produce mayor estigmatización cuando se atribuye a la persona la responsabilidad de la obesidad, cuando se relaciona a estas personas con características de personalidad en las que es difícil el cambio conductual de patrones alimentarios y cuando se cree que la obesidad es controlable por la persona que la sufre (como se cita en Gómez-Pérez et al., 2017). Además, los prejuicios son un factor de estrés para estas personas provocando la búsqueda de consuelo en la comida (Tomiya, 2014 citado por Wu Y.K y Berry. D. C, 2018).

Los rasgos de personalidad que guardan mayor relación con la obesidad son el neuroticismo y la impulsividad (Sutin et al., 2011; Terracciano et al., 2009). La probabilidad de tener un trastorno de la personalidad en individuos con obesidad es alta, siendo los rasgos del grupo C (evitativo y dependiente) a menudo los más predominantes (Gerlanch et al., 2016).

En relación con el consumo de sustancias, varios estudios de neuroimagen han señalado una neurobiología común entre la alimentación y el uso de sustancias, el refuerzo de la vía de recompensa (Volkow et al., 2011; Kenny et al., 2011). Se identifica una “adicción cruzada” ya que los pacientes reducen sus consumos del pasado cuando no presentaban obesidad con respecto a los del presente cuando si lo son (Quintero et al., 2016).

Finalmente, la obesidad se asocia con un aumento significativo de la mortalidad (Wang., 2015) y con una disminución de la esperanza de vida de 5 a 10 años (Berrington de González et al., 2010 ; Kuk et al., 2011).

4.1.3 Factores de riesgo y de protección

La descompensación energética entre las calorías consumidas y las gastadas se considera la principal causa de obesidad (OMS,2020). El aumento de las tasas de obesidad deja obsoleta la explicación exclusiva de la obesidad por factores genéticos (Atienzar et al., 2019). Existen numerosos factores que contribuyen a la aparición de obesidad.

El National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) y otros autores como Hruby y Hu., 2015 realizan una distinción entre factores de riesgo modificables y no modificables. Identifican los hábitos y entornos pocos saludables como modificables, dentro de ellos podemos encontrarnos con la falta de actividad física, una alimentación poco saludable (consumir más calorías de las que se gastan, exceso de grasas saturadas y alimentos ricos en azúcares), no dormir lo suficiente y tener elevados niveles de estrés. Se considera que el estrés contribuye significativamente en el aumento de peso y en el inicio de la obesidad ya que puede causar un consumo excesivo de alimentos y bebidas e influir en la elección de los alimentos (Chu et al., 2019). También se indican entornos socioeconómicos bajos o entornos sociales poco saludables, tener disponible comida rápida y no frecuentar parques y zonas donde se puede realizar ejercicio físico (NIH, 2020; Hruby y Hu., 2015). Las actividades

sedentarias incitan malos hábitos en la comida tomando alimentos de forma irregular e inconsciente, provocando lo que comúnmente conocemos como “picotear” (Gómez Herrera, 2020).

Dentro de los factores de riesgo no modificables encontramos los genes y la historia familiar. Las posibilidades de padecer obesidad son mayores cuando uno o ambos padres lo padecen y si estos llevan comportamientos insaludables se pueden aprender conductas inadecuadas durante la infancia. Además, es común padecer problemas de salud que aumentan el riesgo como problemas relacionados con las hormonas, Síndrome de Cushing o síndrome del ovario poliquístico (Mohammend et al., 2018). Se ha comprobado que el sobrepeso y la obesidad pueden ser hereditarios y que el ADN puede estar asociado con la obesidad (NIH, 2020). A medida que la edad aumenta existe más riesgo de padecer obesidad, pero llega un momento en el que se empieza a perder masa muscular (entorno a los 60-65 años) (Mohammend et al., 2018; NIH, 2020).

Las mujeres tienen un factor añadido ya que durante el embarazo aumentan el peso para apoyar el desarrollo del bebé. Después del parto cuesta volver al peso inicial y más si se han dado varios partos (Pizzi y Fung., 2015).

Cuando las personas dejan de fumar los alimentos adquieren propiedades gustativas y olfativas más agradables. Además, la nicotina aumenta la velocidad del metabolismo y quema las calorías más rápido por lo que estos dos factores hacen más proclives de padecer obesidad a las personas exfumadoras (Mohammend et al., 2018).

Hay que tener en cuenta que la sociedad del S.XXI no duerme lo suficiente (largas jornadas de trabajo, ocio nocturno...) ralentizando así su metabolismo aumentando el riesgo de sobrepeso u obesidad (Baile y González, 2013; Solmi et al., 2013). La restricción del sueño estimula el hambre y el apetito, lo que lleva a una ingesta excesiva de alimentos (Broussard y Van Cauter., 2016). Las personas con

restricciones de sueño tienden a reducir sus niveles de actividad física (Bromley et al., 2012).

Un estudio ha mostrado evidencia de que la depresión es un factor de riesgo consistente de la obesidad en adultos y niños, ya que se produce una interacción recíproca entre ambas. Se ha encontrado que la obesidad infantil y adolescente y los abusos sexuales también son factores de riesgo (Solmi et al., 2013). En la línea de lo emocional Mohammed y colaboradores en 2018 también indican que los aspectos emocionales son factores de riesgo para la obesidad ya que cuando las personas están aburridas, estresadas o tristes tienden a comer más.

Haciendo referencia a una parte más psicológica los datos sugieren que las personas con obesidad pueden haber crecido en ambientes descuidados o sobreprotectores donde no había posibilidad de madurar de una manera funcional para abordar los sentimientos negativos y tolerar la frustración. Desarrollando así comportamientos de desapego autocalmante principalmente referidos a la ingesta de comida (Basile, Tenore y Mancini, 2019).

En la línea de la anterior investigación, Amianto y colaboradores en 2020 proponen que las experiencias tempranas de apego son relevantes para el desarrollo de la obesidad en la edad adulta. Su estudio sobre el cuidado de los padres y el estilo de apego ofreció resultados prometedores en relación con la obesidad y la percepción del “control sin afecto” por parte de los padres. Los participantes con obesidad reconocieron una menor calidad en el cuidado de sus padres (Amianto et al., 2020).

La flexibilidad psicológica parece tener relación con la obesidad. Este constructo se define como “la capacidad de realizar un comportamiento coherente con el objetivo que se persigue en presencia de impulsos o demandas ambientales contrarias” (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999 citado por Watford, T.S 2020). La inflexibilidad psicológica podría proporcionar una explicación de la incapacidad para regular la ingesta de alimentos que esta presente en la obesidad. Los datos sugieren que los pacientes con obesidad tienen menor capacidad de abstracción y flexibilidad

psicológica y bajo rendimiento en la toma de decisiones en comparación con las personas con normopeso. Además, presentaron limitación en la atención de cambio, particularmente cuando se presenta una nueva regla (se propone un sesgo de atención a señales de comida apetecible que aumenta la probabilidad de consumirlos). La elección de comportamientos desadaptativos (por ejemplo, comer en exceso) puede estar asociada con los déficits en la flexibilidad psicológica (Watford, T.S 2020).

Estudios anteriores muestran que las personas con obesidad tienen menores rasgos de aceptación y conciencia y estos pacientes informan comer en respuesta a emociones negativas, incluyendo el aburrimiento (Watford, Braden y Emley, 2019 citado por Watford, T.S 2020). Las personas con mayor IMC presentaban índices menores de aceptación y conciencia (Watford, T.S 2020).

A su vez, la obesidad es un factor de riesgo para enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, trastornos del aparato locomotor, enfermedades cardiovasculares y cáncer de endometrio, mama y colon (Atienzar et al., 2019).

Poniendo la vista en los factores de protección, la Organización Mundial de la Salud reconoce que la limitación de alimentos ricos en grasas y azúcares y el aumento en la dieta de frutas y verduras ayudan a reducir el riesgo de padecer obesidad, junto con la realización de ejercicio físico de forma regular (OMS, 2020). Con respecto al lugar donde se vive y se trabaja se consideran elementos de protección los espacios recreativos y naturales (donde poder realizar ejercicios físico o pasear) (NIH, 2020). Los antecedentes de familiares con obesidad y la obesidad infantil están estrechamente relacionados con la obesidad adulta (Kral y Rauh., 2010). Las experiencias tempranas y actitudes hacia alimentos saludables actúan como elementos de protección. Además, las preferencias culturales que abogan por un estilo de vida saludable ayudan a disminuir el riesgo de padecer obesidad (Fruh., 2017). En los adultos es importante mantener un entorno de alimentos domésticos saludables y disminuir la dependencia de la comida rápida (Emery et al., 2015). La planificación de los horarios relacionados con las comidas mostró la reducción prometedora en el

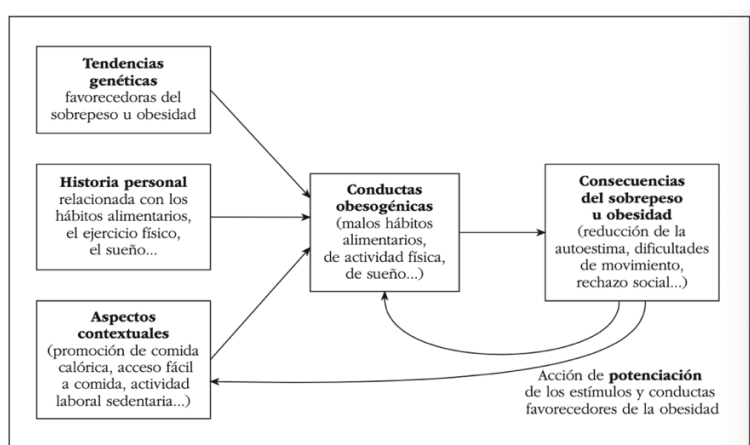
exceso de peso (Fulkerson et al., 2015). La programación permite preparar comidas saludables y se asocia con un mayor consumo de verduras y alimentos más saludables en comparación con las preparadas por impulso (Fruh., 2017).

4.2 La obesidad desde una perspectiva psicológica

Baile y González (2013) explican la obesidad desde una perspectiva multicausal, teniendo en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales. En el siguiente diagrama se muestra el proceso de como se podría llegar a una situación de obesidad:

Figura 1

Situación de obesidad



Nota: Baile y González (2013).

Desde la perspectiva conductual de la psicología se plantea que un estímulo provoca una respuesta y una posterior consecuencia. Las consecuencias son un factor muy importante de la cadena conductual ya que son las que provocan la repetición de la conducta problema (en este caso obesogénica), apareciendo los denominados “círculos viciosos” donde las consecuencias de los comportamiento obesogénicos tienen efecto potenciador de la conducta problema.

Por ejemplo, cuando se habla del ejercicio físico, hay que tener en cuenta que por lo general las personas con obesidad tienen una mala constitución física que les

impide realizar el ejercicio físico de forma gratificante provocando consecuencias negativas y dando lugar a que no se repita la conducta (Wyatt et al., 2006). Igual sucede con la autoestima y la imagen corporal de las personas, ya que pueden encontrarse con rechazo o preverlo provocando comportamiento sedentarios y búsqueda de gratificación en la comida, cerrando de nuevo el “circulo vicioso” (Baile y González., 2013).

Tras la recuperación del peso de personas que se han sometido a terapias nutricionales, se apuesta por la influencia de esquemas desadaptativos tempranos. Dentro de la Terapia Cognitivo Conductual, más concretamente la Terapia de Esquemas se plantea un modelo centrado en las emociones que vincula las características y los problemas a las experiencias de la niñez, sin olvidar los rasgos temperamentales (Basile et al., 2019). En consonancia con estudios anteriores (Arntz et al., 2015, Da luz et al., 2017, Imperatori et al., 2017... citado por Basile et al., 2019) en los que los esquemas de mala adaptación temprana se han relacionado a comer en exceso junto con otras actitudes disfuncionales relacionadas con la alimentación, en el estudio llevado a cabo por Basile, Tenore y Mancini (2019) se encuentra relación con patrones de abandono, dependencia, subyugación y esquemas de autocontrol insuficiente en comparación con los participantes con normopeso.

4.3 Investigaciones sobre el tratamiento psicológico de la obesidad

A continuación, se muestra una tabla con 8 investigaciones realizadas con relación a los tratamientos psicológicos para adultos con obesidad desde el año 2010 al 2020.

Tabla 2*Resumen de la investigación psicológica de adultos con obesidad desde 2010-2020*

Autores	Tipo de intervención	Resultados	Nº de sesiones	Edad	Muestra	Tipo
Cooper et al. (2010)	TCC vs Autoayuda	Poca eficacia de ambos tratamientos	44 semanas (22 sesiones)	20-60 años	151	Individual
Forman et al. (2013)	Tratamiento conductual basado en la aceptación vs Tratamiento conductual estándar	Ambos pérdida de peso, pero mayor en aceptación en el postratamiento y seguimiento	40 semanas (30 sesiones)	21-64 años	128	Grupal
Forman et al. (2016)	Tratamiento conductual basado en la aceptación revisado vs Tratamiento conductual estándar	Mejores resultados integrando habilidades de autorregulación	25 sesiones (1 año)	18-70 años	190	Grupal

Propuesta integradora de intervención psicológica para adultos con obesidad

McLean et al. (2016)	Asesoramiento psicológico	Mayores beneficios dentro de un programa multidisciplinar	No indica	No indica	1828	Individual
Weinreich et al (2017)	Tratamiento conductual, ejercicio físico y dieta	Mejoras en IMC, calidad de vida y parámetros biomédicos	Trat. total 2 años (Programa 4 semanas)	Media: 46 años	64	Individual
Berk et al. (2018)	TCC grupal para el mantenimiento a largo plazo	Grupal no fue superior a individual	17 sesiones	18-75 años	158	Grupal
Madjd et al. (2019)	TCC para mantenimiento de la pérdida de peso	Eficaz en periodo de 24 semanas	10 sesiones	18-45 años	113	Individual
Yaraghchi et al. (2019)	ACT para pérdida de peso y regulación cognitiva de las emociones	ACT puede reducir IMC y las estrategias negativas, aumentando las positivas de regulación cognitiva emocional	20 sesiones (5 meses)	20-50 años	29	Individual

Nota. Elaboración propia

4.4 Pautas para la intervención en obesidad

El entorno obesogénico caracterizado por un crecimiento económico, disponibilidad creciente de alimentos abundantes y baratos y, a menudo, pobres nutrientes, industrialización, transporte mecanizado y urbanización (Baile y González., 2013; Hruby y Hu., 2015) es uno de los principales determinantes del sobrepeso y la obesidad. Las influencias ambientales están relacionadas con la ingesta de alimentos y las conductas de actividad física (Baile y González., 2013; Hruby y Hu., 2015; Wyatt et al., 2006).

Los comportamientos personales desempeñan un papel dominante en la prevención de la obesidad, ya que muchos de los factores de riesgo son modificables (Hruby y Hu., 2015). Se requieren altos niveles de conocimiento, motivación y habilidades del manejo de comportamiento personal y flexibilidad en el estilo de vida para poder progresar hacia un peso saludable (NICE, 2014).

El Instituto Nacional de la Excelencia para la salud y la Atención del Reino Unido indica en la guía sobre el manejo del sobrepeso y la obesidad en adultos una serie de aspectos que se han tenido en cuenta para la realización de la propuesta de intervención. (NICE, 2014). Se apuesta por programas multicomponente que aborden la intervención dietética, la práctica de actividad física y el cambio conductual. Para que esto ocurra se debe trabajar desde una perspectiva multidisciplinar con la colaboración de diferentes profesionales (nutricionista, preparador físico, psicólogo...).

Como se ha mencionado anteriormente es un hecho encontrar a personas que recuperan el peso después de haber realizado una intervención para el control de este. Por ello se debe intervenir con el objetivo del cambio del estilo de vida a largo plazo y establecer la prevención del aumento del peso en el futuro. Además, se debe realizar un seguimiento tras la finalización. La duración mínima de estos programas es de 3 meses con sesiones semanales y quincenales.

Se establecerán metas realistas, adecuadas al paciente y se hará uso de una amplia gama de métodos para el cambio de conducta. (NICE, 2014).

Un abordaje adecuado consistirá en el acuerdo de pactos conjuntos con el paciente para poder llevar a cabo el cambio conductual dotándole de las herramientas necesarias (Moize et Peralta., 2020). Diferentes autores han demostrado que la adhesión al tratamiento es un aspecto más considerable que la dieta que el paciente sigue a la hora de valorar resultados, por lo que cuanto más tiempo el paciente se encuentre en el programa mayores resultados y beneficios alcanzará (Dansinger et al., 2005 y Shai et al., 2008 citado en Moize et Peralta., 2020). Se reconocen dos elementos claves que no pueden faltar en una intervención de este tipo: la motivación y la psicoeducación (Moize et Peralta., 2020).

5.METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

5.1 Fuentes de información empleadas

Con el objetivo de recabar información sobre la obesidad y su tratamiento se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de información en bases de datos como Pubmed, Dialnet, Ebscohost, Elsevier, Google Académico, Psycinfo, PsycArticles y Medline.

Para completar información necesaria sobre cifras y datos se ha recurrido a los recursos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el National Heart, Lung and Blood Institute (NIH) y el Instituto Nacional de la Excelencia para la salud y la Atención del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence, NICE),

5.2 Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores

Los términos usados para la búsqueda de bibliográfica en español han sido: “obesidad”, “adultos”, “tratamiento psicológico”, “terapia de conducta”, “terapia cognitivo-conductual”, “terapia de aceptación y compromiso”, “factores de riesgo”, “factores de protección”, “comorbilidad”, “prevalencia” y con el objetivo de ampliar el campo de investigación también se han usado los términos en inglés: “obesity”,

“psychological”, “treatment”, “risk factor”, “psychotherapy”, “behavior therapy”, “acceptance therapy”, “cognitive behavioral therapy”.

Todos los términos han sido buscados de forma individual o a través de operadores booleanos como:

- Obesity *and* prevalence
- Obesity *and* treatment *and* psychological
- Obesity *and* adults
- Obesity *and* psychotherapy
- Treatment *or* intervention *or* therapy *and* obesity
- Treatment *or* therapy *and* obesity
- Treatment *or* intervention *and* obesity
- Behavior therapy *and* obesity
- Acceptance therapy *and* obesity
- Behavior therapy *or* acceptance therapy *and* obesity
- Cognitive behavioral therapy *and* obesity
- Cognitive behavioral *or* acceptance therapy *and* obesity

Con respecto a los criterios de inclusión de los artículos seleccionados se han incorporado artículos pertinentes a los temas tratados en la propuesta de intervención como: obesidad y su tratamiento psicológico.

Con respecto a los tratamientos psicológicos realizados en los últimos tiempos se han incluido los comprendidos entre 2010 y 2020, ya que se buscan los artículos más innovadores y con mayor respaldo científico.

Teniendo en cuenta los criterios de exclusión se han descartado todos los artículos que no tuvieran relación con la propuesta de intervención, por ello los relacionados con obesidad infantil y con adultos sometidos o a esperas de la cirugía bariátrica. Se han descartado todos los artículos que abordaran el tema pero que

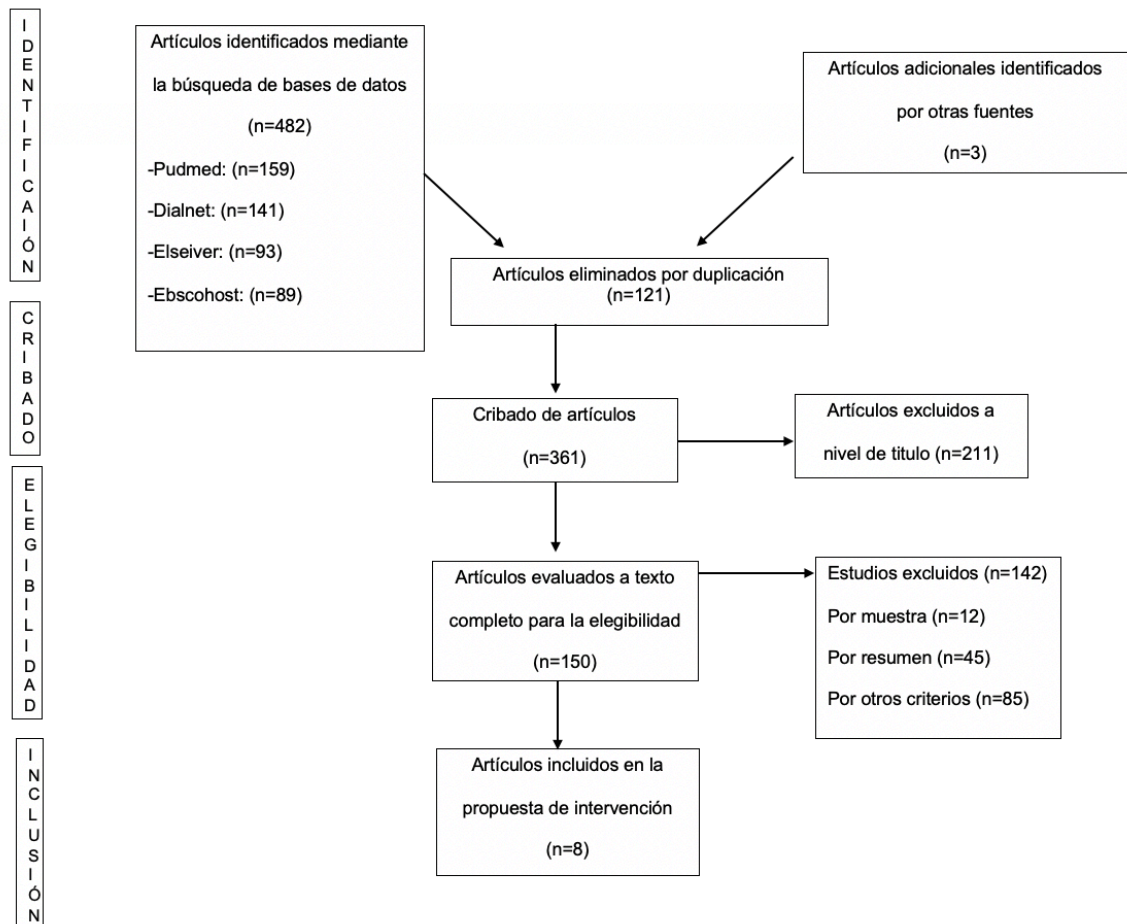
hayan sido publicados en fechas más antiguas y por ello se pueda poner en duda su rigurosidad y metodología.

La búsqueda de información referente al marco teórico se ha realizado en las bases de datos anteriormente comentadas. Usando los términos de forma individual o combinados con operadores booleanos.

Con respecto a la búsqueda de artículos referentes a intervenciones ya realizadas, se muestra un diagrama de prisma con el objetivo de visualizar la búsqueda y selección de los artículos para la presente propuesta:

Figura 2

Diagrama de flujo prisma



Nota: Elaboración propia.

6.PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1 Objetivos y actividades

Se presenta una tabla indicando el número de sesiones, los objetivos, las actividades y las tareas para casa correspondientes. Las sesiones tienen una duración de 60 min y se realizarán de forma semanal al principio y de forma quincenal al final.

Tabla 3

Objetivos y actividades de cada sesión de la propuesta de intervención

Propuesta integradora de intervención psicológica para adultos con obesidad

Sesión	Objetivos	Actividades	Tareas para casa
1	<p>1.Recoger información.</p> <p>2.Conocer al paciente.</p> <p>3.Indentificar motivo de consulta.</p> <p>4.Promover alianza terapéutica (*será objetivo de todas las sesiones).</p>	<p>-Consentimiento informado (Anexo 1).</p> <p>-Entrevista clínica semiestructurada: evaluación conductual de los problemas del paciente orientada a la creación del análisis funcional (Muñoz, 2003).</p> <p>-Presentación del terapeuta y del sistema de trabajo.</p> <p>-Explicación técnica “Línea de vida”: consiste en reflejar a través de una línea la vida del paciente (situando los eventos más relevantes).</p>	<p>-Línea de vida.</p>
2	<p>1.Analizar “Línea de vida”.</p> <p>2.Valorar la existencia de obesidad.</p> <p>3.Descartar problema psicológico como origen de la obesidad.</p> <p>4.Evaluar hábitos relacionados con la obesidad: alimentación, actividad física, sueño, actividades sociales y consumo de sustancias.</p>	<p>-Establecer peso e IMC (Gráfica línea de base, Anexo 2).</p> <p>-Explicar la realización de autorregistro y completar en sesión con ayuda del terapeuta (situación real) (Anexo 3).</p> <p>-Exploración de hábitos a través de preguntas abiertas (ej. <i>¿Qué y cómo comes?, ¿Cuánta actividad física realizas?, ¿Cuántas horas duermes?, ¿Cómo son tus relaciones sociales?....</i>).</p> <p>-Explicar cuestionarios como tarea para casa, resolver dudas.</p>	<p>-Cuestionarios: BDI, STAI, Escala autoestima Rosenberg, SF-36.</p> <p>-Registro de hábitos relacionados con la obesidad (Anexo 2).</p>

3	<p>1.Analizar el autorregistro (comentar y resolver dudas).</p> <p>2.Establecer diagnóstico diferencial con TCA.</p> <p>3.Elaborar análisis funcional.</p>	<p>-Análisis funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Modelo ABC: ante una situación las personas pensamos (cognitivo), sentimos (emocional) y actuamos (conductual) dando lugar a unas consecuencias (a corto y largo plazo). Las consecuencias favorecen al mantenimiento de las conductas. A corto plazo suelen aliviar y a largo plazo perjudican ámbitos de la vida del paciente (en base a situaciones registradas). Explicar la influencia de la historia de aprendizaje y las “variables disposicionales” en el actual problema 	<p>-Registro de hábitos. relacionados con la obesidad</p> <p>-Terapeuta: Elaborar análisis funcional.</p> <p>-Test diagnóstico diferencial con TCA: EAT, EDI, BES.</p>
4	<p>1.Encuadrar el problema.</p> <p>2.Evaluar y promover la motivación al cambio.</p> <p>3.Establecer IMC objetivo (realista).</p> <p>4.Ajustar actividad física.</p>	<p>-Entrevista de devolución de información (teniendo en cuenta análisis funcional): explicar al paciente el funcionamiento de su problema (teniendo en cuenta modelo ABC y consecuencias para el mantenimiento).</p> <p>-Evaluación de la motivación: Cuestionario motivación URICA</p> <p>-<i>Modelo transteórico de Prachaska y Diclemente</i> adaptado a la obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fase precontemplación (no hay conciencia del problema, ni intención de cambio) → Psicoeducación: lista de problemas 	<p>-Registro de situaciones relacionadas con la obesidad.</p> <p>-Cumplir contrato conductual sobre actividad física.</p>

derivados de la situación actual y ventajas de conseguir cambios,
comparar su situación antropométrica con otras personas de su
edad/género

-Uso de Standard Figural Stimuli (SFS): con que silueta se ve identificado,
cual le gustaría conseguir.

-Trabajo sobre diferencias entre peso ideal (propuesto por estándares para
una edad y sexo concreto), saludable (variaciones del peso que disminuyen
factores de riesgo) y razonable cantidad mantenida al menos un año en la
edad adulta) (Baile y González, 2013). Apostar por peso razonable en base
a la idiosincrasia del paciente

- Contrato conductual actividad física (adaptado idiosincrasia del paciente)
(Anexo 10).

Propuesta integradora de intervención psicológica para adultos con obesidad

5	<p>1. Incluir compañero en el programa (si la red del paciente lo permite).</p> <p>2. Conocer causas de la obesidad, alimentación saludable, beneficios de la actividad física e higiene del sueño.</p> <p>3. Derivar al experto dietético.</p>	<p>-Psicoeducación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vida saludable (Anexo 4) • Causas obesidad: entrevista educativa con el objetivo de conocer los conocimientos del paciente, añadir información complementaria y matizar dudas • Alimentación saludable: Plato para comer sano (Anexo 5), Instrucciones básicas de cómo comer (Anexo 6). • Actividad física: beneficios (Anexo 8). • Medidas de higiene del sueño (Anexo 7) <p>*Se trabajará junto con el paciente comentando e invitando a la reflexión.</p>	<p>-Elección compañero de programa: persona elegida por el paciente (familiar, amigo o pareja).</p> <p>-Contacto con dietista.</p> <p>-Cumplir contrato conductual.</p>
6	<p>1. Trabajar con los valores.</p> <p>2. Identificar dirección vital valorada.</p> <p>3. Definir metas y acciones hacia esa dirección.</p>	<p>-Posibles preguntas: <i>¿Dónde esta y donde quiere estar?, ¿Qué es lo que le importa en su vida?, ¿Cambiano a un estilo de vida saludable mejorará su vida en relación con lo que le importa?.</i></p> <p>-Explicar qué es un valor: son acciones (no sentimientos) elegidos libremente por la persona. Metáfora del Jardinero (Anexo 9).</p>	<p>-Reflexión sobre los valores. establecidos en sesión/pensar si añadir alguno más.</p>

	4. Conectar valores con conductas relacionadas con la actividad física y la alimentación diaria.	<p>-Encontrar acciones claras y factibles que encaminen a esos valores (lluvia de ideas). Incidir en pequeños pasos. Metáfora del esquiador (Anexo 8).</p> <p>-Abordar barreras: son lo que hay entre él y lo que persigue. Metáfora burbuja en el camino (Anexo 8).</p>	
7	<p>1. Trabajar sobre concepto de "aceptación".</p> <p>2. Establecer/Incidir el compromiso con el comportamiento valorado.</p>	<p>-Identificar las experiencias perceptivas, cognitivas y afectivas relacionadas con la alimentación: internas (hambre, sonidos corporales...) y externas (televisión, aburrimiento, antojos...)(Lluvia de ideas generando lista)</p> <p>-Ejercicio Aceptación: trabajar la aceptación de las señales alimentarias (Anexo 9).</p> <p>-Ejercicio "Acepta la pérdida de placer": imaginar un helado y una manzana (ej. el paciente preferirá el helado) pero se actúa en base a los valores (ej. querer una vida sana) y pensar en las acciones encaminadas a ello (aceptar el deseo del helado, pero comer la manzana).</p>	<p>-Aceptación de señales según lo trabajado en sesión</p> <p>-Registro concretamente de experiencias</p>

Propuesta integradora de intervención psicológica para adultos con obesidad

8	<p>1.Abordar tema del control.</p> <p>2.Demostrar la inutilidad de cambiar/evitar eventos privados.</p>	<p>-Dinámica “Controle lo que puede y acepte lo que no puede” a través del moldeamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos modificables: entorno alimentario y comportamiento (compra saludable, no tener snacks en casa...). • Aspectos no bajo control voluntario: pensamientos, emociones e impulsos. <p>-Ejercicio “No pienses en una hamburguesa” (prueba de realidad): los esfuerzos por controlar pensamientos/emociones dan el resultado opuesto, se produce una magnificación paradójica.</p> <p>-Metáfora de las mariposas (Anexo 9)</p>	<p>-Aplicar lo aprendido en sesión sobre el control en situaciones críticas.</p>
9	<p>1.Modificar entorno a través de pautas.</p> <p>2.Promover conductas encaminadas al estilo de vida saludable.</p>	<p>-Control de estímulos: se comentan y buscan nuevos cambios estimulares que permitan al paciente cambiar hábitos alimentarios. (Anexo 11)</p>	<p>-Realizar compra saludable.</p> <p>-Modificar todo lo comentado en sesión.</p> <p>-Registro de emociones.</p>

Propuesta integradora de intervención psicológica para adultos con obesidad

10	<p>1. Validar emociones.</p> <p>2. Aceptar emociones y desarrollar una actitud flexible hacia ellas.</p> <p>3. Sustituir estrategias metacognitivas improductivas.</p> <p>4. Aumentar autoestima.</p>	<p>-Validación: expresar naturalidad al paciente, conectar con circunstancias e historia de aprendizaje.</p> <p>-Psicoeducación emocional: distinción entre emociones primarias y secundarias (no positivas o negativas) y su carácter adaptativo.</p> <p>-Identificación de estrategias improductivas: controlar y evitar (relacionado con sesión 8).</p> <p>-Aceptación emocional: ejercicio aceptación adaptado a las emociones (Anexo 9).</p> <p>-Árbol de los logros: reflexión sobre capacidades, cualidades positivas y logros a lo largo de la vida. Lista de cualidad positivas (sociales, personales, intelectuales, físicos...). Dibujar árbol.</p>	<p>-Realizar ejercicio de aceptación de emociones en casa.</p>
11	<p>1. Incorporar/potenciar conductas saludables al repertorio del paciente.</p> <p>2. Reducción de las conductas no deseables.</p>	<p>-Buscar junto con el paciente conductas “diana”: nuevas (ej. ir al gimnasio), potenciar (ej. consumir más verduras), reducir (ej. ir a la pastelería).</p> <p>-Establecer refuerzos/castigos con el compañero (en sesión), dar instrucciones sobre como abordarlo (Modelado).</p>	<p>-Para el paciente: realizar conductas diana.</p> <p>-Para el compañero: administrador de refuerzos/ castigos.</p>

Propuesta integradora de intervención psicológica para adultos con obesidad

12	<p>1.Recoger información sobre gustos.</p> <p>2.Diseñar plan de actividades gratificantes.</p> <p>3.Reducir sedentarismo.</p>	<p>-Agenda de actividades: enfatizar la importancia de hacerlo, planificadas (día), gradualmente (idiosincrasia del paciente), continuo (no todo o nada) y amplio abanico</p>	<p>-Realizar las actividades.</p> <p>-Registrar como se ha sentido y lo positivo aportado.</p>
13	<p>1.Fomentar las relaciones sociales.</p> <p>2.Propiciar ambientes saludables.</p> <p>3.Trabajar sobre asertividad.</p>	<p>-Entrenamiento en habilidades sociales: explicar concepto al paciente, roleplaying de situaciones problema y modelado (por parte de compañero y terapeuta)</p> <p>-Técnicas asertivas: poder decir no a situaciones obesogénicas: conocer derechos asertivos, técnica del disco rayado (role-playing: ej. “no voy a comer esa tarta” repetidas ocasiones).</p>	<p>-Registro de situaciones sociales.</p> <p>-Puesta en marcha de lo practicado en sesión.</p>
14	<p>1.Entrenar en solución de problemas que puedan provocar el riesgo de recaer</p>	<p>-Repaso de todos los logros conseguidos a lo largo de la terapia: fomentando el reforzamiento positivo</p> <p>-<i>Entrenamiento en solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried):</i> explicación: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y aplicación de solución y comprobación (sesión 16)</p>	<p>-Registro de situaciones.</p> <p>-Práctica del entrenamiento en solución de problemas.</p> <p>-Agenda de actividades gratificantes.</p>

Propuesta integradora de intervención psicológica para adultos con obesidad

15	<p>1. Identificar cadenas conductuales obesogénicas y cambiar las cadenas.</p> <p>2. Ayudar a compactar todo lo trabajado en las cadenas conductuales.</p>	<p>- Explicar que un comportamiento está compuesto de diferentes conductas realizadas una detrás de otra y siendo consecuencia de la anterior (Ejemplificar)</p> <p>- Trabajar sobre una cadena conductual registrada por el paciente: descomponerla gráficamente e ir buscando alternativas (uso de técnicas aplicadas durante toda la intervención).</p>	<p>- Identificar más cadenas conductuales obesogénicas.</p> <p>- Aplicar lo tratado en sesión para modificar cadenas.</p>
16	<p>1. Prevenir de recaídas.</p> <p>2. Repasar bases del cambio.</p>	<p>- Explicar la diferencia entre recaída y desliz.</p> <p>- Identificar situaciones de riesgo (Lista).</p> <p>- Repasar los valores que sostienen el cambio y la aceptación de los eventos internos y externos relacionados con la alimentación.</p>	<p>- Registrar situaciones de riesgo</p> <p>- Continuar con todo lo trabajado.</p>
17	<p>1. Continuar con la prevención de recaídas</p> <p>2. Repasar las habilidades sociales y capacidades asertivas que pueden generar problemas en el día a día.</p>	<p>- Trabajar sobre la aplicación de solución a un problema registrado por el paciente.</p> <p>- Role playing de habilidades sociales y asertivas.</p> <p>- Repaso de logros + reforzamiento positivo.</p>	<p>- Continuar con el registro de las situaciones problemas.</p> <p>- Aplicación de todo lo aprendido.</p>

Propuesta integradora de intervención psicológica para adultos con obesidad

18	1.Continuar con la prevención de recaídas. 2.Resaltar la importancia del entorno cercano.	-Cambio de papeles de los role playing anteriores: ahora el paciente hará de terapeuta y viceversa (se persigue la puesta en marcha de las instrucciones aprendidas). -Resaltar al paciente que siempre puede contar con la ayuda de su compañero de programa y de su entorno en las situaciones difíciles	-Puesta en marcha de lo trabajado ante situaciones difíciles.
19	1.Cerrar la terapia 2.Explicar de la fase de seguimiento	-Resumir todo lo aprendido + momento de dudas o elección de repasar algo concreto. -Volver a reforzar positivamente los logros del paciente. -Hacer saber que siempre puede contar con nuestro apoyo y ayuda. -Comentar que las sesiones serán 1 vez al mes a partir de ahora.	-Aplicación de todo lo aprendido -Para el compañero: apoyo y guía en momentos complicados

Nota. Elaboración propia

6.2 Temporalización

Las sesiones tendrán una duración de 60 minutos. Se realizarán de forma semanal las incluidas en la parte de evaluación e intervención. Y se pasará a ver al paciente cada 15 días con el inicio de la fase de prevención de recaídas.

Figura 3

Cronograma de actividades

	SEMANAS																		
FASES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	17	19	21	23
SESIONES DE EVALUACIÓN																			
SESIONES DE INTERVENCIÓN																			
SESIONES DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS																			
CIERRE DE LA TERAPIA																			

Nota: Elaboración propia

6.3 Participantes

La propuesta está dirigida a adultos con edades comprendidas entre 25-64 años. No se recomienda participar en la propuesta de intervención a mujeres embarazadas o en período de lactancia, personas con enfermedades psiquiátricas graves y las que padecen una variedad de enfermedades graves en las que la restricción calórica podría exacerbar la afección (NICE, 2014). Además, como se ha comentado anteriormente se excluye a niños y adultos sometidos o a esperas de cirugía bariátrica.

6.4 Instrumentos

Los instrumentos de evaluación necesarios y sus características se indican a continuación:

-Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996): es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. La persona debe elegir la frase que mejor define su estado durante las últimas dos semanas entre 4 alternativas ordenadas de mayor a menor gravedad (Melipillán Araneda et al., 2008). Las respuestas son escala tipo Likert (0 a 3). Su corrección consiste en sumar los resultados (máximo 63 ya que hay 21 ítems y cada pregunta se valora con un máximo de 3 puntos), de 0-13 el sujeto no padece depresión y de 14 a 63 se encontraría con diferentes grados de depresión. El análisis de la consistencia interna ofreció un coeficiente α de 0,83 siendo similar a lo encontrado en la literatura con muestras semejantes (entre 0,78 y 0,92) (Sanz y Vázquez, 1998). Tiempo de aplicación ≤ 10 minutos.

-State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983): la ansiedad como estado (momentánea y transitoria) y la ansiedad como rasgo (como condición más estable). Esta compuesto por 40 ítems divididos en dos escalas (rasgo y estado), con respuestas tipo Likert de 0 a 3. No existen puntos de

corte, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad. Para su corrección se suman cada uno de los ítems de las subescalas (rango y estado) y la puntuación oscila entre 0 y 60. No existen puntos de corte, las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y edad (Del Río Olvera et al., 2018). La consistencia interna en la adaptación española se encuentra entre 0.9 y 0.93 en la ansiedad/estado y entre 0.84 y 0.87 en ansiedad rasgo (Spielberger et al., 1982 como se cita en Del Río Olvera et al., 2018). Tiempo de administración ≤ 10 min

-Escala autoestima de Rosenberg (Rosenbeg, 1965) adaptada y aplicada para población española adulta (Martín-Albo, Núñez Navarro y Grijalvo, 2007): compuesta de 10 ítems centrados en el contenido de los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. En un inicio fue diseñada como escala de Guttman y posteriormente se ha usado como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (Vázquez Morejón et al., 2013). Para su corrección los ítems del 1 al 5 se puntúan de 4 a 1 y del ítem 6 al 10 del 1 al 4. Menos de 25 puntos significa autoestima baja y de 30 a 40 elevada. El coeficiente de Cronbach se sitúa entre 0.76 y 0.88 (Schmitt et Allik., 2005). Tiempo de administración ≤ 5 minutos.

-Cuestionario de salud SF-36: esta formado por 36 ítems que valoran los aspectos tanto positivos como negativos de la salud. Tiene 7 escalas: función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Dirigido a personas ≥ 14 años. Todas sus escalas menos la de función social superan el valor mínimo recomendado de consistencia interna (α de Cronbach= 0.7). Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100 siendo 0 un estado de salud muy malo (Vilagut et al., 2005). Ha demostrado ser un buen instrumento de evaluación en paciente obesos. (Callegari et al., 2005). Tiempo de administración oscila entre 5 y 10 minutos.

-Eating Attides Test (EAT; Garner y Garfinkel, 1979) adaptado al castellano por Castro, Toro, Salmero y Guimera (1991): consta de 40 ítems sobre diferentes

ítems relacionados con la anorexia. Se contesta a través de una escala Likert de 6 puntos, que se califican de 0 a 3 puntos (desde “nunca” hasta “siempre”). En la versión española se recomienda usar el punto de corte en 20. En los ítems directos 0=nunca y siempre=3, los ítems indirectos (18,19,23,27 y 29) se puntúan de forma inversa. (Garnet y Garfinkel., 1979). Esta formado por 4 escalas (dieta, bulimia, preocupación por la comida y control oral). La consistencia interna de las escalas Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida, Control Oral y Total; $\alpha = 0,90, 0,84, 0,83$ y $0,93$ respectivamente (Varela et al., 2019). Tiempo de administración 10-30 minutos.

-Eating Disorder Inventory-Body Dissatisfaction Scale (EDI-3): esta escala evalúa las creencias del sujeto sobre su imagen corporal y otras partes del cuerpo. Esta formado por diez ítems que se responden mediante una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). La fiabilidad (alfa de Cronbach) es de 0,90 para mujeres y 0,67 para hombres (muestra clínica española de 19 años o más) (Varela et al., 2019). Tiempo de administración ≤ 20 minutos.

-Binge Eating Scale (BES; Gormally, Black, Daston y Rardin, 1982): está formado por 16 ítems que evalúan los aspectos cognitivo-conductuales del atracón y diferencia entre los niveles de severidad. La consistencia interna fue $\alpha=0,85$; sentimientos y cogniciones ($\alpha = 0,88$) y Manifestaciones Conductuales ($\alpha = 0,87$). Existe poca evidencia respecto a su validez. Cada ítem incluye 4 enunciados que miden la severidad del rasgo y se califican en una escala de 0 a 3 puntos (Vela et al., 2014). Tiempo de administración ≤ 20 minutos.

-Standard Figural Stimuli (SFS): su uso esta destinado a evaluar el componente perceptual de la Imagen Corporal y ofrece información sobre la distorsión de la misma. Esta formada por nueva figuras de 8 cm de altitud, que representan gradualmente figuras humanas de hombres y mujeres delgadas hasta obesas. Su interpretación se basa en la diferencia entre el numero asignado a la figura percibida y a la ideal. La validez concurrente y la reproducibilidad de la prueba son elevadas (Rueda-Jaimes et al., 2012). Tiempo aproximado de administración ≤ 10 minutos

-Escala de Evaluación del Cambio (URICA; McConnaughy, Prochaska y Velicer 1983) traducción de Redondo, 2012: mide los diferentes estadios de cambio postulados en el modelo transteórico de cambio. Esta compuesta de 32 ítems en relación con las creencias y disposiciones que puede tener el individuo sobre el problema que experimenta (en este caso obesidad). Se valora a través de una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos. La consistencia interna de las subescalas oscila entre 0,71 y 0,88 (Flores y Luque., 2015).

6.5 Materiales

Las sesiones se deberán de llevar a cabo en un despacho con mesa y silla para terapeuta y paciente. En todas las sesiones se precisa de bolígrafo y papel. En la sesión 1 el terapeuta deberá tener en cuenta la tabla del grado de obesidad para saber en que rango se encuentra el paciente tras calcular su IMC y los cuestionarios mencionados en instrumentos. En la sesión 3 y 4 también se necesitan los cuestionarios indicados en la tabla. Con respecto a la sesión 5 dedicada a psicoeducación el terapeuta tendrá que hacer uso de los documentos que se encuentran en los anexos 4,5, y 6. En la sesión 7 y 8 se trabajará en base a las metáforas que también se encuentran en los anexos. Para las pautas relacionadas con el control de estímulos de la sesión 9 se debe recurrir al anexo 8. En relación con al sesión 10 dedicada a la aceptación emocional se encuentra un ejemplo de ejercicio en el anexo 9. En la sesión 12 el paciente necesitará una agenda en la que incluir la planificación de las actividades gratificantes.

7.CONCLUSIONES

La obesidad es una enfermedad crónica y recurrente que perjudica la salud de las personas. Su origen y mantenimiento esta mediado por diversos factores (genéticos, ambientales y psicológicos)(Bray et al., 2017; Cingura et al., 2017; OMS,2020).

En los últimos años las tasas de prevalencia se encuentran a la alza en todo el mundo, independientemente de la edad, sexo, localidad geográfica, etnia o nivel socioeconómico (Chooi et al., 2017; Jaacks et al., 2019; Purnell., 2018). En España la prevalencia se sitúa en un 61,6%, ocupando la 18ª posición en un ranking mundial de 52 países (OCDE,2019). Los hombres representan un mayor porcentaje según la Encuesta Nacional de Salud en España (MSBS).

Esta enfermedad se encuentra asociada a numerosas patologías físicas como hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, asma, determinados tipos de cáncer, osteoartritis y peor calidad de vida (Acosta-Andrade et al., 2018; Ataey et al., 2020; Chooi et al., 2017; Jiang et al., 2016; Hruby y Hu., 2015). La comorbilidad con los trastornos psicológicos ha sido menos estudiada (Rajan y Menon., 2017) mostrándose fuerte evidencia con la depresión (Quintero et al., 2016; Purnell., 2018; Rajan y Menon., 2017; Wyatt et al., 2006) trastorno que actúa como factor de riesgo (Solmi et al., 2013). También están asociadas la ansiedad (Ejike., 2013; Guedes et al., 2013), los afectos negativos (Pasco et al., 2013), rasgos de personalidad como el neuroticismo y la impulsividad (Sutin et al., 2011; Terracciano et al., 2009), la insatisfacción con la imagen corporal y la baja autoestima (Wu Y.K y Berry. D. C, 2018; Puhl et al., 2013). El estigma es un factor muy presente en las personas con obesidad afectando en mayor medida a las mujeres (como se cita en Gómez-Pérez et al., 2017; Lopera y Restrepo., 2014).

Los factores de riesgo se han diferenciado en modificables y no modificables. Entre los modificables encontramos los hábitos y entornos poco saludables, la falta de

actividad física, altos niveles de estrés, mala higiene del sueño y actividades sedentarias. Los genes y la historia familiar se sitúan dentro de los aspectos no variables (NIH, 2020; Hruby y Hu., 2015). Las experiencias tempranas relacionadas con un apego de menor calidad (Amianto et al., 2020), los entornos donde no se ha madurado de manera funcional la frustración (Basile, Tenore y Mancini, 2019) y la inflexibilidad psicológica (Watford, T.S 2020) son claves para el posterior desarrollo de la obesidad. En contraposición, optar por un estilo de vida saludable compuesto de alimentos bajos en grasas y azúcares, la realización de ejercicio físico de forma diaria y frecuentar espacios naturales y recreativos actúan como factores de protección ante la obesidad. Las influencias familiares y culturales orientadas a un estilo de vida sano también toman especial importancia (Fruh., 2017; Kral y Rauh., 2010).

El tratamiento de la obesidad se ha basado únicamente en aspectos nutricionales durante mucho tiempo siendo ineficaz más allá del corto plazo (Van Strien., 2018). La introducción de la terapia psicológica en su abordaje ha demostrado numerosas evidencias a favor (Baile et al., 2020; Berk et al., 2018; Dombrowski et al., 2014; Ramage et al., 2013; Weinreich et al., 2017). Actualmente se apuesta por un tratamiento multidisciplinar formado por dietistas, especialistas de la actividad física y psicólogos (NICE, 2014).

La incorporación de las terapias conductuales y cognitivo conductuales ha evidenciado su eficacia para la modificación del estilo de vida (Baile et al., 2020; Madjd et al., 2019). El aumento del peso a largo plazo ha puesto en el punto de mira el componente cognitivo de las terapias cognitivo-conductuales dando paso a las terapias de tercera generación (Forman et al., 2013).

Por ello se ha considerado oportuno realizar una propuesta de intervención integradora, es decir, introduciendo aspectos conductuales y de tercera generación. El principal objetivo es conseguir la mejora del estilo de vida a largo plazo y la prevención del aumento de peso en el futuro (NIH, 2014). Esta dirigida a adultos con edades

comprendidas entre 25 y 64 años, ya que las cifras han aumentado en este grupo de edad en España (Aranceta-Bartrina.,2016).

Desde la terapia de conducta se persigue el entrenamiento de comportamientos que promuevan un estilo de vida saludable superando barreras y modificando hábitos inadecuados (Chu et al., 2019). Teniendo en cuenta las estrategias de tratamiento conductual comúnmente más utilizadas para la obesidad se ha incluido en la propuesta el control de estímulos (Dalle Grave et al., 2011), la entrevista motivacional (Befort et al., 2008; McConaughy et al., 1983), el contrato conductual, autorrefuerzo y refuerzo externo, la prevención de recaídas y la resolución de problemas (Burgess et al., 2017). A través de la psicoeducación se dota a estas personas de conocimientos nutricionales y herramientas para comer de forma adecuada favoreciendo el mantenimiento de las mejoras psicológicas a los 12 meses (Barnes et al., 2020; Barnes et al., 2018).

El tratamiento basado en la aceptación procedente de las terapias de tercera generación es un enfoque relativamente nuevo para el control del peso, enseñando a las personas estrategias para responder a los desafíos autorreguladores y motivacionales a largo plazo (Forman y Butryn., 2015 , Forman et al., 2015 , Lillis y Kendra., 2014). La intervención esta basada en la identificación de valores personales, independientemente de las experiencias internas momentáneas (impulsos, sentimientos, pensamientos, sensaciones físicas...) (Hayes, Strosahl y Wilson., 1999).

Se enseña a las personas a aceptar psicológicamente sus experiencias internas adoptando una postura abierta y sin prejuicios hacia pensamientos, emociones e impulsos, reconociendo que la incomodidad es un aspecto a veces inevitable de la experiencia humana (Shumacher et al., 2019). Se utilizan ejercicios y técnicas de aceptación, valores y atención plena para desarrollar estas habilidades y aumentar la flexibilidad psicológica (Hayes et al., 1999). Trabajar desde la atención plena en el campo de la obesidad fomenta decisiones más saludables a través del aumento de experiencias corporales, incluyendo la conciencia de las señales de

hambre y saciedad (Rogers et al., 2017). Estas señales son fundamentales para la autorregulación de los impulsos innatos de consumir alimentos ricos en calorías (Forman y Butryn., 2015).

8.LIMITACIONES

El nivel medio de inglés y desconocimiento de otros idiomas ha limitado una búsqueda más rigurosa. Se ha encontrado evidencia en países asiáticos de los que únicamente se ha incluido un artículo por lo complicado que resulta traducir en esas condiciones (Yaraghchi et al. (2019).

La flexibilidad psicológica se trabaja durante las sesiones ya que es considerada un elemento clave de las terapias de tercera generación. La evaluación de este aspecto no se ha llevado a cabo a través de instrumentos validados (Shumacher et al., 2019).

En la última sesión se indica que la terapia continua de forma mensual pero no se desarrollan las sesiones de seguimiento propuestas por las guías internacionales sobre obesidad (NIH, 2014).

La angustia por obesidad proporciona información valiosa sobre la experiencia emocional de los pacientes y su motivación a iniciar y mantener el cambio (Wee et al., 2012). Este constructo no se ha evaluado ni tratado en las sesiones (Vallis., 2016).

9.FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Se necesitan marcos teóricos más claros sobre las mejoras de la salud física y psicológica en relación con la atención plena en personas con sobre peso y obesidad (Rogers et al., 2016).

Se debe de fomentar la creación de grupos psicólogo-dietista-preparador físico con el objetivo de poder aportar al 100% el tratamiento multidisciplinar que estos pacientes necesitan. Sería adecuado crear ambientes de trabajo que contasen con estos tres profesionales (NIH,2014).

10.BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a Ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amianto, F., Martini, M., Olandese, F., Davico, C., Abbate-Daga, G., Fassino, S., y Vitiello, B. (2020). Affectionless control: A parenting style associated with obesity and binge eating disorder in adulthood. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2809>
- Amigo Vázquez, I., y Fernández Rodríguez, C. (2013). El papel del psicólogo clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del psicólogo*, 34(1), 49-56.
- Andrade, A. D. A., Solorzano, S. E. S., Bonoso, D. G. B., García, J. K. B., Holguín, D. M. C., y Aponte, R. C. H. (2019). Factores de riesgo de obesidad en empleados públicos. *Dominio de las Ciencias*, 5(1), 91-117. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.11.004>
- Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramos-Carrera, N., y Lázaro-Masedo, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE. *Revista Española de Cardiología*, 69(6), 579-587. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.02.010>
- Arrizabalaga JJ., Calañas-Continente A., Vidal J., Masmiquel L., Díaz-Fernández MJ., García-Luna PP., Monereo S., Moreira J., Moreno B., Ricart F., (2003). Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Endocrinología y Nutrición*, 50(4), 1-38.
- Ataey, A., Jafarvand, E., Adham, D., y Moradi-Asl, E. (2020). The relationship between obesity, overweight, and the human development index in world health organization eastern mediterranean region countries. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 53(2), 98. <https://doi.org/10.3961/jpmph.19.100>

- Atienzar, L. I. M., Espinosa, A. J., Marcos, L. T., Marcos, F. M., y López, P. J. T. (2019). Obesidad: una epidemia en la sociedad actual. Análisis de los distintos tipos de tratamiento: motivacional, farmacológico y quirúrgico. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(11), 1112-1154.
<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3209>
- Baile Ayensa, J. y González Calderón, M., 2013. *Intervención Psicológica En Obesidad*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Baile, J. I. (2019). ¿ Por qué no somos eficaces en el tratamiento de la obesidad? La necesaria aportación de la psicología. *Medicina Clínica*, 152(2), 72-74.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.06.003>
- Baile, J., González-Calderón, M., Palomo, R., y Rabito-Alcón, M. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Clínica Contemporánea*, 11(1). <https://doi.org/10.5093/cc2020a1>
- Barnes, R. D., Ivezaj, V., Martino, S., Pittman, B. P., Paris, M., y Grilo, C. M. (2018). Examining motivational interviewing plus nutrition psychoeducation for weight loss in primary care. *Journal of psychosomatic research*, 104, 101-107.
- Barnes, R. D., Ivezaj, V., Martino, S., Pittman, B. P., Paris, M., y Grilo, C. M. (2020). 12 Months later: Motivational interviewing plus nutrition psychoeducation for weight loss in primary care. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-5.
- Basile, B., Tenore, K., y Mancini, F. (2019). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*, 5(9).<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Befort, C. A., Nollen, N., Ellerbeck, E. F., Sullivan, D. K., Thomas, J. L., y Ahluwalia, J. S. (2008). Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral

weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial. *Journal of behavioral medicine*, 31(5), 367.

Berk, K. A., Buijks, H. I., Verhoeven, A. J., Mulder, M. T., Özcan, B., van't Spijker, A., Timman, R., Busschbach, J. J. y Sijbrands, E. J. (2018). Group cognitive behavioural therapy and weight regain after diet in type 2 diabetes: results from the randomised controlled POWER trial. *Diabetologia*, 61(4), 790-799.

<https://doi.org/10.1007/s00125-017-4531-9>

Berrington de Gonzalez, A., Hartge, P., Cerhan, J. R., Flint, A. J., Hannan, L., MacInnis, R. J., ... & Thun, M. J. (2010). Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *New England Journal of Medicine*, 363(23), 2211-2219.

Bray, G. A., Kim, K. K., Wilding, J. P. H., y World Obesity Federation (2017). Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, 18(7), 715-723.

<https://doi.org/10.1111/obr.12551>

Bretón, I., Burguera, B., Fernández, J. C., Formiguera, X., Lacy, A., et al. (2007). *Guía práctica de la cirugía de la obesidad: una visión interdisciplinar*. Barcelona: Glosa.

Bromley, L. E., Booth III, J. N., Kilkus, J. M., Imperial, J. G., y Penev, P. D. (2012). Sleep restriction decreases the physical activity of adults at risk for type 2 diabetes. *Sleep*, 35(7), 977-984.

Broussard, J. L., y Van Cauter, E. (2016). Disturbances of sleep and circadian rhythms: novel risk factors for obesity. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*, 23(5), 353. [10.1097 / MED.0000000000000276](https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000276)

Burgess, E., Hassmén, P., Welvaert, M., y Pumpa, K. L. (2017). Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clinical obesity*, 7(2), 105-114.

- Callegari, A., Michelini, I., Sguazzin, C., Catona, A., y Klersy, C. (2005). Efficacy of the SF-36 questionnaire in identifying obese patients with psychological discomfort. *Obesity surgery*, 15(2), 254-260. [10.1381/0960892053268255](https://doi.org/10.1381/0960892053268255)
- Carr, D., y Friedman, M. A. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of health and social behavior*, 46(3), 244-259.
- Cecchini, M., y Vuik, S. (2019). The heavy burden of obesity. Recuperado de: [Technical Country Notes to the OECD report The Heavy Burden of Obesity](#).
- Chooi, Y. C., Ding, C., y Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism*, 92, 6-10.
- Chu, D. T., Nguyet, N. T. M., Nga, V. T., Lien, N. V. T., Vo, D. D., Lien, N., ... & Pham, V. H. (2019). An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(1), 155-160.
- Ciangura, C., Carette, C., Faucher, P., Czernichow, S., y Oppert, J. M. (2017). Obesidad del adulto. *EMC-Tratado de medicina*, 21(2), 1-10. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(17\)84245-8](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(17)84245-8)
- Conway, B., y Rene, A. (2004). Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obesity Reviews*, 5(3), 145-151. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2004.00144.x>
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E. y Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three- year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 706-713. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.008>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Centis, E., El Ghoch, M., y Marchesini, G. (2011). Cognitive-behavioral strategies to increase the adherence to exercise in the management of obesity. *Journal of obesity*, 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/348293>

- Del Río Olvera, F. J., Cabello Santamaría, F., Cabello García, M. A., y Aragón Vela, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas psychologica*, 17(1), 80-89.
- Di Mura, M. V. G., Casari, L., Pancher, R. J. G., y del Rosario Vega, M. (2018). Análisis de factores psicológicos en pacientes obesos: estudio pre y post tratamiento. *Revista de Psicología*, 13(26), 55-64.
- Doak, C. M., y Popkin, B. M. (2017). Overweight and obesity. *Nutrition and Health in a Developing World*, 143-158.
- Ejike, C. E. (2013). Association between anxiety and obesity: A study of a young-adult Nigerian population. *Journal of neurosciences in rural practice*, 4(1), 13-18.
[10.4103/0976-3147.116429](https://doi.org/10.4103/0976-3147.116429)
- Emery, C. F., Olson, K. L., Lee, V. S., Habash, D. L., Nasar, J. L., y Bodine, A. (2015). Home environment and psychosocial predictors of obesity status among community-residing.
- Flores, M. V., Faccio, C. O., y Luque, W. C. (2015). Escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en drogodependientes. *Revista de psicología*, 9(1), 52-59.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., Bradley, L. E., Lowe, M. R., Herbert, J. D., y Shaw, J. A. (2013). The mind your health project: a randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity. *Obesity*, 21(6), 1119-1126. <https://doi.org/10.1002/oby.20169>
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M., Crosby, R. D., Goldstein, S. P., Wyckoff, E. P., y Thomas, J. G. (2016). Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: Results from the mind your health randomized controlled trial. *Obesity*, 24(10), 2050-2056. <https://doi.org/10.1002/oby.21601>

- Forman, E. M., y Butryn, M. L. (2015). A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*, 84, 171-180.
- Fruh, S. M. (2017). Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1), 3-14. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12510>
- Fulkerson, J. A., Friend, S., Flattum, C., Horning, M., Draxten, M., Neumark-Sztainer, D., Gurvich, O., Stor, M., Garwick, A., y Kubik, M. (2015). Promoting healthful family meals to prevent obesity: home plus, a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 154. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0320-3>
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)
- Gerlach, G., Loeber, S., y Herpertz, S. (2016). Personality disorders and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, 17(8), 691-723.
- Gómez-Pérez, D., Ortiz, M.S., y Saiz, J.L (2017). Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura. *Revista médica de Chile*, 145(9), 1160-1164. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901160>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. y Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)

- Guedes, E. P., Madeira, E., Mafort, T. T., Madeira, M., Moreira, R. O., Mendonça, L. M., Gody-Matos A.F., Lopes A.J., y Farias, M. L. F. (2013). Body composition and depressive/anxiety symptoms in overweight and obese individuals with metabolic syndrome. *Diabetology & metabolic syndrome*, 5(1), 1-5.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). Acceptance and commitment therapy. Nueva York: The Guilford Press
- Herrera, J. T. G. (2020). Causas y consecuencias sistémicas de la obesidad y el sobrepeso. *Revista Educação e Humanidades*, 1(2), 157-179.
- Hruby, A., y Hu, F. B. (2015). The epidemiology of obesity: a big picture. *Pharmacoeconomics*, 33(7), 673-689. [10.1007/s40273-014-0243-x](https://doi.org/10.1007/s40273-014-0243-x)
- Jaacks, L. M., Vandevijvere, S., Pan, A., McGowan, C. J., Wallace, C., Imamura, F., Mozaffarian, D., Swinburn. B., y Ezzati, M. (2019). The obesity transition: stages of the global epidemic. *The lancet diabetes y endocrinology*, 7(3), 231-240. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30026-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30026-9)
- Jansen, A. (2010). Obesity needs experimental psychology. *The European Health Psychologist*, 12, 48-51.
- Jiang, S. Z., Lu, W., Zong, X. F., Ruan, H. Y., y Liu, Y. (2016). Obesity and hypertension. *Experimental and therapeutic medicine*, 12(4), 2395-2399. <https://doi.org/10.3892/etm.2016.3667>
- Kearns, K., Dee, A., Fitzgerald, A. P., Doherty, E., y Perry, I. J. (2014). Chronic disease burden associated with overweight and obesity in Ireland: the effects of a small BMI reduction at population level. *BMC public health*, 14(1), 1-10.
- Kenny, P. J. (2011). Reward mechanisms in obesity: new insights and future directions. *Neuron*, 69(4), 664-679.
- Kim, J. Y., Chang, H. M., Cho, J. J., Yoo, S. H., y Kim, S. Y. (2010). Relationship between obesity and depression in the Korean working population. *Journal of Korean medical science*, 25(11), 1560.

- Lopera, D. T., y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112
- Madjd, A., Taylor, M. A., Delavari, A., Malekzadeh, R., Macdonald, I. A. y Farshchi, H. R. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy on weight maintenance after successful weight loss in women; a randomized clinical trial. *European Journal of Clinical Nutrition*. <https://doi.org/10.1038/s41430-019-0495-9>
- Marqueta de Salas, M., Martín-Ramiro, J., y Juárez Soto, J. (2016). Características sociodemográficas como factores de riesgo para la obesidad y el sobrepeso en la población adulta española. *Medicina Clínica*, 146(11), 471-477.
- Matsudo, S. M. (2012). Actividad física: pasaporte para la salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(3), 209-217. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70303-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70303-6)
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 20(3), 368–375. <https://doi.org/10.1037/h0090198>
- McLean, R. C., Morrison, D. S., Shearer, R., Boyle, S. y Logue, J. (2016). Attrition and weight loss outcomes for patients with complex obesity, anxiety and depression attending a weight management programme with targeted psychological treatment. *Clinical Obesity*, 6(2), 133-142. <https://doi.org/10.1111/cob.12136>
- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., y Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
- Ministerio de Sanidad (2018). *Encuesta Nacional de Salud de España*. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Mitchell, J. E. y Cook, T. (2005). Evaluación de la conducta del paciente y perspectiva de la intervención. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica*, 28, 105-16.

- Moizé, V., y Peralta, G. (2020). Abordaje del cambio de hábitos alimentarios y estilos de vida en el manejo de sobrepeso y obesidad: consideraciones prácticas. *XPA & Health Communication*, (3).
- Moreno Esteban, B., Monereo Megías, S., y Alvarez Hernández, J. (2000). *Obesidad, la pandemia del siglo XXI*. Díaz de Santos.
- Must, A., Spadano, J., Coakley, E. H., Field, A. E., Colditz, G., y Dietz, W. H. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *Jama*, 282(16), 1523-1529.
- Nagy, G. A., Cernasov, P., Pisoni, A., Walsh, E., Dichter, G. S., y Smoski, M. J. (2020). Reward network modulation as a mechanism of change in behavioral activation. *Behavior modification*, 44(2), 186-213.
- National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI). Sobrepeso y obesidad (2019). <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/espanol/sobrepeso-y-obesidad#:~:text=La%20falta%20de%20actividad%20f%C3%ADsica,de%20tener%20sobrepeso%20y%20obesidad.>
- National Heart, Lung, Blood Institute y North American Association for the Study of Obesity. (2014). *The Practical Guide: Identification, Evaluation and Treatment or Overweight and Obesity in Adults*. The Institute.
- Oliver, E., Baños, R. M., Cebolla, A., Lurbe, E., Alvarez-Pitti, J. y Botella, C. (2013). An electronic system (PDA) to record dietary and physical activity in obese adolescents; data about efficiency and feasibility. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 1860-1866. <https://doi.org/10.3305/nutrhop.v28in06.6784>
- Organización Mundial de la salud (1 de abril de 2020). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10a ed.). <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

- Pasco, J. A., Williams, L. J., Jacka, F. N., Brennan, S. L., y Berk, M. (2013). Obesity and the relationship with positive and negative affect. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(5), 477- 482. [10.1177/0004867413483371](https://doi.org/10.1177/0004867413483371)
- Pizzi, R., y Fung, L. (2015). Obesidad y mujer. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 75(4), 221-224.
- Puhl, R. M., Luedicke, J., y Heuer, C. A. (2013). The Stigmatizing Effect of Visual Media Portrayals of Obese Persons on Public Attitudes: Does Race or Gender Matter? *Journal of Health Communication*, 18(7), 805- 826. [10.1080/10810730.2012.757393](https://doi.org/10.1080/10810730.2012.757393)
- Quintero, J., Alcántara, F., Miriam, P., Banzo-Arguis, C., Martínez de Velasco Soriano, R., Barbudo, E., Silveria B., y Pérez-Templado Ladrón de Guevara, J. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud mental*, 39(3), 123-130. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.010>
- Rajan, T. M., y Menon, V. (2017). Psychiatric disorders and obesity: a review of association studies. *Journal of postgraduate medicine*, 63(3), 182.
- Rogers, J. M., Ferrari, M., Mosely, K., Lang, C. P., y Brennan, L. (2017). Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obesity reviews*, 18(1), 51-67. <https://doi.org/10.1111/obr.12461>
- Rosenberg, M. (1965). *Society of the adolescent self-image*. Princeton university press.
- Rueda-Jaimes, G. E., López, P. A. C., Flórez, S. M., y Martínez-Villalba, A. M. R. (2012). Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 101-110.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318

- Schmitt, D. P., y Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 89(4), 623. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>
- Schumacher, L. M., Godfrey, K. M., Forman, E. M., y Butryn, M. L. (2019). Change in domain-specific but not general psychological flexibility relates to greater weight loss in acceptance-based behavioral treatment for obesity. *Journal of contextual behavioral science*, 12, 59-65.
- Solmi, M., Köhler, C. A., Stubbs, B., Koyanagi, A., Bortolato, B., Monaco, F., Vancampfort, D., Machado, M., Maes, M., Tzoulaki, I., Firth, J., Ioannidis, J., y Cavalho, F., (2018). Environmental risk factors and nonpharmacological and nonsurgical interventions for obesity: An umbrella review of meta-analyses of cohort studies and randomized controlled trials. *European journal of clinical investigation*, 48(12). <https://doi.org/10.1111/eci.12982>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos Cubero, N. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo : Manual* (8a. ed., rev. y ampl.). Madrid: TEA.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sutin, A. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., y Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of personality and social psychology*, 101(3), 579.
- Tamayo Lopera, D., y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
- Terracciano, A., Sutin, A. R., McCrae, R. R., Deiana, B., Ferrucci, L., Schlessinger, D., Uda, M., y Costa Jr, P. T. (2009). Facets of personality linked to underweight

and overweight. *Psychosomatic medicine*, 71(6), 682.

[10.1097/PSY.0b013e3181a2925b](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181a2925b)

- Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current diabetes reports*, 18(6), 1-8.
- Varela, C., Oda-Montecinos, C., y Saldaña, C. (2019). Estudio transcultural de los diferentes componentes de la insatisfacción corporal en muestras comunitarias de España y Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 36(3), 691-697.
- Vázquez Morejón, A. J., Vázquez-Morejón Jiménez, R., y Bellido Zanin, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 37-43.
- Vela, B. L., Alarcón, S. H., y Rodríguez, A. M. (2014). Revisión de las herramientas en español para la detección de los trastornos del comportamiento alimentario en adultos. *Revista Española Nutrición Comunitaria*, 20(3), 109-17.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Rebollo P., Santed R., Valderas J., Ribera A., Domingo-Salvany A., y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Volkow, N., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., y Baler, R. (2011). Food and drug reward: overlapping circuits in human obesity and addiction. *Brain imaging in behavioral neuroscience*, 1-24.
- Watford, T. S. (2020). *Altered Cognitive and Psychophysiological Components of Psychological Flexibility in Individuals with Overweight/Obesity* (Doctoral dissertation, Bowling Green State University).
- Wee, C. C., Davis, R. B., Huskey, K. W., Jones, D. B., y Hamel, M. B. (2013). Quality of life among obese patients seeking weight loss surgery: the importance of obesity-related social stigma and functional status. *Journal of general internal medicine*, 28(2), 231-238.

- Weinreich, T., Filz, H. P., Gresser, U. y Richartz, B. M. (2017). Effectiveness of a four-week diet regimen, exercise and psychological intervention for weight loss. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(3), LC20-LC24.
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24112.9553>
- Westermann, S., Rief, W., Euteneuer, F., y Kohlmann, S. (2015). Social exclusion and shame in obesity. *Eating Behaviors*, 17, 74-76.
- Wu, Y. K., y Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 74(5), 1030-1042. <https://doi.org/10.1111/jan.13511>
- Wyatt, S. B., Winters, K. P., y Dubbert, P. M. (2006). Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *The American journal of the medical sciences*, 331(4), 166-174.
- Yaraghchi, A., Jomehri, F., Seyrafi, M., Kraskian Mujembari, A., y Mohammadi Farsani, G. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Loss and Cognitive Emotion Regulation in Obese Individuals. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7(2), 192-201.
- Zhong, W., Cruickshanks, K. J., Schubert, C. R., Nieto, F. J., Huang, G. H., Klein, B. E., y Klein, R. (2010). Obesity and depression symptoms in the Beaver Dam Offspring Study population. *Depression and anxiety*, 27(9), 846-851.

11.ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado (tomado del Colegio Oficial de Psicólogos)

Don/Dña., con domicilio en, calle, núm., piso, CP, núm. de teléfono ... y con NIF/DNI ... y vecindad civil ..., actuando en nombre propio/en nombre y representación de, ENCARGA al psicólogo/psicóloga Don/Dña....., colegiado/a con el núm., del Colegio de Psicólogos de Madrid, con consulta profesional en ..., calle, núm., piso...., CP, llevar a cabo tratamiento terapéutico.

La ejecución de dicho encargo se efectuará con arreglo a las normas deontológicas de la psicología y a las cláusulas previstas en esta hoja de encargo profesional, teniendo el presente documento asimismo carácter de consentimiento informado.

La ejecución de dicho encargo se efectuará con arreglo a las normas deontológicas de la psicología y a las cláusulas previstas en esta hoja de encargo profesional, teniendo el presente documento asimismo carácter de consentimiento informado.

1. La terapia consistirá en ...
2. Cada sesión terapéutica ascenderá a ... euros, que serán abonados al final de cada una de ellas, salvo que se produzca la cancelación de la sesión y siempre que la misma se realice como mínimo, con 24 horas de antelación a la cita. De conformidad a los Honorarios Mínimos Orientativos que publique el Colegio Oficial de Psicólogos, se procederá a la revisión del precio antedicho en el momento en el que el Colegio proceda a su actualización.
3. La terapia se desarrollará en las sesiones que se estimen oportunas, pudiendo, en cualquier caso, el/la paciente abandonar la terapia en el momento en que lo estime oportuno. Ambas partes pactarán de mutuo acuerdo el periodo vacacional.
4. El método a seguir será ...
5. La terapia y cuantas actuaciones deban producirse en torno al tratamiento a recibir por D. /Dña., obedecerán a la más estricta confidencialidad. En ningún caso las sesiones podrán ser grabadas por el/la paciente.
6. Las actuaciones que tengan lugar en torno al tratamiento de D. / Dña....., se desarrollarán con el objetivo perseguido por el citado tratamiento, que no es otro que el terapéutico, de modo que en ningún momento el psicólogo /a, proporcionará informe alguno al/a la paciente para ser utilizado con fines judiciales o de índole distinta a la puramente informativa. Todo ello de conformidad a las normas deontológicas por las que debe regirse la profesión.

De conformidad a cuanto antecede, D./Dña pongo de MANIFIESTO que he sido informado/a sobre los objetivos propuestos y los beneficios que me supone la terapia.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

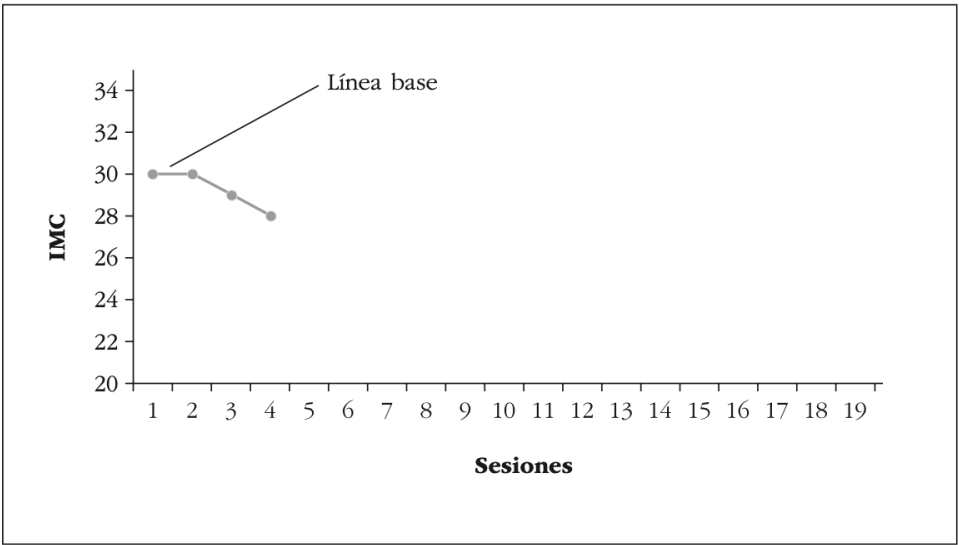
Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta terapia tenga lugar, aceptando las condiciones que constan en el presente documento.

En ..., a ... de ... de ..

Fdo: PSICOLOGO/A

Fdo: PACIENTE

Anexo 2. Gráfica línea de base y evolución



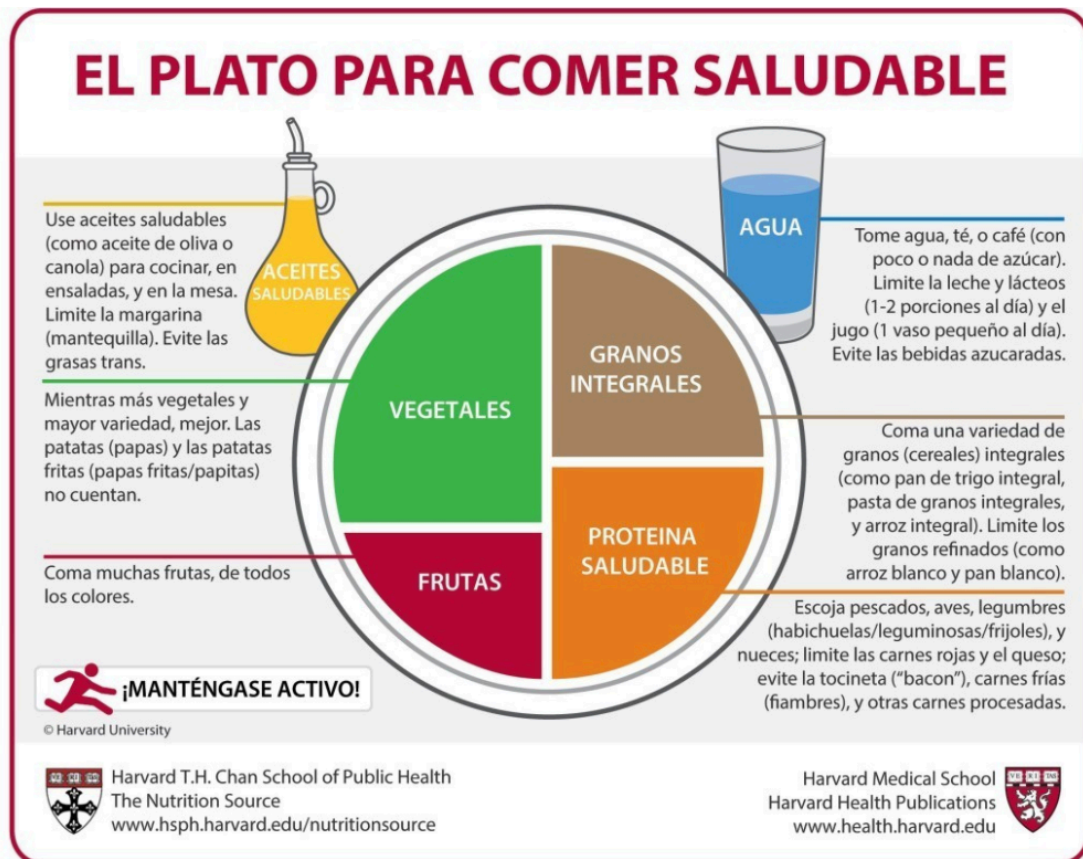
Anexo 3. Ejemplo de autorregistro para caso de obesidad (Elaboración propia)

Momento del día	Contexto	Motivo para comer	Pensamientos Emociones Conductas	Consecuencias para mi vida



Anexo 4. Pirámide NAOS (Fuente: Agencia Española de Seguridad alimentaria y nutrición)




Anexo 5. Plato para comer saludable (Fuente: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard)




Anexo 6. Instrucciones básicas de cómo comer (Bretón et al., 2007)




 A P R E N D E R A C O M E R D E S P A C I O 	 A P R E N D E R A C O M E R M E N O S 
<p>1. PONER LOS CUBIERTOS EN LA MESA ENTRE BOCADO Y BOCADO</p>  <p>2. CONTAR LAS MASTICADAS QUE SE REALIZAN EN CADA BOCADO</p>  <p>3. DISMINUIR LA CANTIDAD DE ALIMENTO POR BOCADO, EMPLEANDO CUBIERTOS PEQUEÑOS.</p>  <p>4. SECUENCIA DE CONDUCTAS: INTRODUCIR PEQUEÑA CANTIDAD EN LA BOCA, DEJAR LOS CUBIERTOS EN LA MESA, MASTICAR DESPACIO Y TRAGAR ALIMENTO ANTES DE COGER DE NUEVO LOS CUBIERTOS</p>  <p>5. COMER CUALQUIER TIPO DE ALIMENTO CON CUBIERTOS</p> 	<p>1. COMER CUANDO SE TIENE HAMBRE Y NO PORQUE ES LA HORA DE COMER</p>  <p>2. PLATOS Y CUBIERTOS PEQUEÑOS</p>  <p>3. NUNCA DOS COSAS A LA VEZ</p>  <p>4. SERVIR LA COMIDA EN EL PLATO Y RETIRAR LAS FUENTES DE LA MESA</p>  <p>5. APRENDER A TERMINAR DE COMER DEJANDO ALGO EN EL PLATO</p> <p>6. ESPERAR 5 MIN ANTES DE REPETIR</p>  <p>7. COMER PRIMERO LOS PLATOS FAVORITOS</p>  <p>8. RETRASAR UNOS MINUTOS EL ACTO DE COMER. TOMAR DOS VASOS DE AGUA EN ESE MOMENTO</p>  <p>9. LEVANTARSE CUANDO SE TERMINE DE COMER</p> 

Anexo 7. Higiene del sueño (Fuente: Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Insomnio en Atención Primaria elaborada por el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).



HIGIENE DEL SUEÑO



- Horario fijo para acostarse y levantarse (incluido los fines de semana y vacaciones)
- Permanecer en la cama el tiempo suficiente (no más).
- Si han pasado 30 minutos desde que se acostó y sigue sin dormir, levántese de la cama y vaya a otra habitación o haga algo que no le active demasiado
- Evitar siesta y situaciones que la propicien.
- Evitar realizar en la cama actividades como: ver tv, leer, escuchar radio...
- Repetir cada noche rutina de acciones que ayuden a prepararse mental y físicamente para irse a la cama



HIGIENE DEL SUEÑO



- Baño de agua corporal llegada la noche
- Evitar bebidas que contienen cafeína, alcohol y tabaco
- Temperatura agradable en el dormitorio y niveles mínimos de luz y ruido
- Procurar no acostarse hasta que hayan pasado dos horas desde la cena
- Procurar no tomar líquidos en exceso al final de la tarde y por la noche
- Evitar utilizar el ordenador en las dos horas previas al sueño nocturno
- Evitar utilizar la cama para “dar vueltas” a sus preocupaciones
- No recurrir a la automedicación.



Anexo 8. Efectos beneficiosos de la actividad física (Matsudo., 2012)

- Fisiológicos:**
1. Aumento del volumen de sangre circulante, la resistencia física en un 10-30% y la ventilación pulmonar
 2. Disminución de la frecuencia cardíaca en reposo y durante el trabajo submáximo y la presión arterial
 3. Mejora en los niveles de HDL y disminución de los niveles de triglicéridos, colesterol total y colesterol LDL; de los niveles de glucosa en la sangre contribuyendo para la prevención y el control de la diabetes; mejora en los parámetros del sistema inmunológico se asocia con un menor riesgo de algunos tipos de cáncer (colon, de mama y de útero)
 4. Reducción de marcadores anti-inflamatorios asociados con enfermedades crónicas
 5. Disminución de riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular tromboembólico, hipertensión, diabetes tipo 2, osteoporosis, obesidad, cáncer de colon y cáncer de útero
- Terapéuticos**
1. Eficaz en el tratamiento de la enfermedad arterial coronaria, hipertensión, enfermedad vascular periférica, diabetes tipo 2, obesidad, colesterol alto, osteoartritis, cojera y enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 2. Eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión, demencia, dolor, insuficiencia cardíaca congestiva crónica, síncope, profilaxis de accidente cerebrovascular, tromboembolismo venoso, dolor de espalda y estreñimiento.
- Antropométricos:**
1. Control y disminución de la grasa corporal
 2. Mantener o aumentar la masa muscular, fuerza muscular y la densidad mineral ósea
 3. Fortalecimiento del tejido conectivo
 4. Mejorar la flexibilidad

Propuesta integradora de intervención psicológica para adultos con obesidad

Psicosocial y cognitivo:

1. Mejora el auto-concepto, la autoestima, la imagen corporal, el estado de ánimo, la tensión muscular y el insomnio,
2. Previene o retrasa la pérdida de las funciones cognitivas (memoria, atención)
3. Disminución del riesgo de depresión
4. Menos estrés, ansiedad y depresión, consumo de drogas
5. Mejor socialización y calidad de vida.

Caídas:

1. Reducción del riesgo de caídas y lesiones por la caída
2. Aumento de la fuerza muscular de los miembros inferiores y de músculos de la región de la columna vertebral
3. Mejora el tiempo de reacción, la sinergia motora de reacciones posturales, la velocidad al caminar, la movilidad y la flexibilidad

Anexo 9. Metáforas para trabajar conceptos sesión 6,7 y 8 (tomado Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G., 1999)

-Metáfora del jardinero: se realiza un símil entre las plantas que un jardinero cuida en su jardín y las cosas que el paciente quiere en su vida. Las malas hierbas se comparan con los asuntos en los que el paciente puede estar empleando su esfuerzo y así descuidando a las plantas (sus valores).

-Metáfora del esquiador: se trabaja la idea de que el resultado es el proceso mediante el cual el proceso se vuelve el resultado. Se necesitan metas, pero mantenerlas con claridad para que el verdadero sentido de vivir pueda emerger.

-Metáfora burbuja en el camino: se pide al paciente que imagine burbujas de jabón. El paciente es una burbuja al que le aparece otra más pequeña que no le deja seguir su camino. Se le plantean dos opciones: dejar de moverse en su dirección valiosa o puede tocar la otra burbuja de jabón y continuar adelante con ella en su interior.

-Ejercicio de las mariposas: se instruye al paciente a imaginarse en un campo en el que aparecen mariposas agradables y desagradables. Se le indica que intente de coger a las agradables y de espantar a las desagradables. Finalmente se realiza el símil con los pensamientos, indicándole que si los mantiene con demasiada fuerza o intenta alejarlos ellos te abruman y en cambio si solamente les observas en tu mano como a las mariposas con el tiempo se irán volando y dejando espacio para otros.

-Ejercicio de aceptación: se divide en observar (las sensaciones corporales, centrarse en ellas dándolas formas, color, temperatura, situarlas....), respirar (imaginar la respiración fluyendo hacia y alrededor de esa sensación/emoción), expandir (sentir como se abre un espacio entorno a esa sensación/emoción), permitir (permitir que esa sensación/emoción sin quererlo, ni desearlo, solo sintiéndolo y observándolo), objetivizar (imaginar que esa sensación/emoción es un objeto, centrarse en sus características), normalizar (la sensación/emoción nos indica que en la vida hay cosas que nos importan), autocompasión (llevar las manos a la parte del cuerpo elegida e imaginar que cura esa sensación/emoción, no que la elimina, solo la hace espacio) y finalmente expandir la percepción (comparar la vida con un escenario en el que están las emociones/sensaciones que se pueden oír, ver... pero se bajan las luces de estos aspectos y se encienden las luces de todos los demás aspectos valorados).

Anexo 10. Contrato conductual con el objetivo de promover actividad física
(Elaboración propia)

Yo _____ me comprometo a:

1. Realizar 1h al día de ejercicio físico (adecuado al paciente)
2. Ir andando a la mayoría de los sitios posibles
3. No pasar viendo la televisión en el sofá más de 1h al día
4. Pasear a mi mascota/ salir a pasear diariamente

Firma Psicólogo: Firma compañero de programa: Firma paciente:

En Madrid a _____ de _____ del 20____

Anexo 11. Cambios estimulares para el control de hábitos alimentarios (tomado de Baile y González, 2013)

1. Establecer horarios y lugares específicos para comer dentro de la casa. Si es posible, comer siempre en compañía.
2. Planificar lo que se comerá y cumplirlo.
3. Diseñar la compra de alimentos. Comprar con el «estómago lleno», sobre la base de una lista realizada previamente y con el dinero justo para comprar dichos alimentos.
4. No realizar la compra en establecimientos «muy estimulantes para el consumo» y/o evitar los pasillos donde se colocan los alimentos calóricos y poco nutritivos.
5. Valorar la compra «on-line», dado que reduce la estimulación visual y la posibilidad de «caer en la tentación», frente a la compra in situ en las tiendas de alimentación.
6. Evitar lugares, establecimientos o rutas favorecedoras de la compra de comida inadecuada.
7. Preparar las comidas con «el estómago lleno», por ejemplo, cocinar la cena tras ingerir la comida.
8. No dejar los alimentos calóricos a la vista y/o articular sistemas de ocultación de los mismos: que sea complicado su acceso, que sólo otro miembro de la familia sepa dónde están, que estén distribuidos en monodosis, etc.
9. Dejar a la vista alimentos saludables y poco calóricos: frutas, productos de fibra saciantes (tortas de arroz, por ejemplo), etc.
10. Comprar preferentemente alimentos que haya que cocinar previamente para consumirlos.
11. Durante las comidas, evitar aquellas compañías que tienen una influencia negativa en cuanto a los hábitos alimentarios, al favorecer que se coma mal o en exceso. Ello no significa que se renuncie a su compañía en otros momentos.